

# A criação um Programa de Atividades para Reabilitar Doentes com Alzheimer

Joana Leontina Melo Moreira da Silva

Trabalho de Projeto apresentado para a obtenção do grau de Mestre em Gerontologia Social, pelo Instituto Superior de Serviço Social do Porto, sob orientação do Professor Doutor José Alberto Reis.

Julho de 2017

# A criação de um Programa de Atividades para Reabilitar Doentes com Alzheimer

Joana Leontina Melo Moreira da Silva

Trabalho de Projeto apresentado para a obtenção do grau de Mestre em Gerontologia Social, pelo Instituto Superior de Serviço Social do Porto, sob orientação do Professor Doutor José Alberto Reis.

Julho 2017

## Resumo

Alzheimer é uma forma comum de demência entre os mais velhos. É caracterizada por um progressivo e irreversível declínio em certas funções intelectuais: memória, orientação no tempo e no espaço, pensamento abstrato, aprendizado, incapacidade de realizar cálculos simples, distúrbios da linguagem, da comunicação e da capacidade de realizar as tarefas cotidianas. Este trabalho de projeto identifica a incidência, características e alternativas de tratamento da doença de Alzheimer e, descreve um projeto de reabilitação para idosos com Alzheimer. O projeto teve a duração de 10 meses e realizou-se no Centro Social de Arões (Fafe), com um grupo de 12 idosos, diagnosticados com Alzheimer, inseridos na valência de centro de dia. Recorreu-se à procura de práticas institucionais destinadas a doentes com Alzheimer existentes em Portugal e à realização de entrevistas aos intervenientes principais dessas mesmas instituições. Os resultados obtidos atestaram a importância de um programa de atividades destinado a doentes com Alzheimer na sua reabilitação e melhoria da qualidade de vida dos idosos e seus cuidadores/familiares. Projetos destinados a idosos com Alzheimer são muito importantes para o trabalho desenvolvido pelos técnicos e futura pesquisa deste fenómeno, assim como para a implementação de outros programas de intervenção direcionados para idosos com Alzheimer.

## Palavras-chave

Alzheimer; demência; Envelhecimento; Estimulação cognitiva; Reabilitação; terapias.

## Abstract

Alzheimer is a common form of dementia between the older class people. It's described as a progressive and irreversible decline in certain intellectual functions: memory, time and space orientation, abstract thoughts, incapacity on doing the simple calculus or a simple task, language and communication disturbs. This work identifies the incidence, the characteristics and alternatives for treating Alzheimer and describes a rehab project for Alzheimer patients. The project had a 10 month period and took place at the Centro Social de Arões (Fafe), with a 12 people group of old patients diagnosed with Alzheimer, inserted on the day care valence. New practical institutional searching directed to Alzheimer patients living in Portugal and the creation of interviews to the major intervenient of those same institutions. The results obtained showed the importance of an activity program directed to Alzheimer patients and their rehab and improving of life quality between the old people and their families or people that takes care of the old. These projects directed to this people in general are very important for the work developments of the technicians and future research of this phenome as the implementation of other programs too.

## Key words

Alzheimer; Dementia; Aging; Cognitive stimulation; Rehabilitation; therapies.

## Índice

Introdução .....	1
Capítulo I – O Problema de Investigação .....	2
1. Escolha do tema de investigação .....	2
2. Delimitação do problema de investigação.....	3
3. Objectivos da investigação.....	3
Capítulo II – Enquadramento teórico.....	4
1. Envelhecimento: Conceito fundamental.....	4
2. Contexto Português: Aspectos demográficos.....	6
3. Envelhecimento e Demência.....	7
4. Alguns números sobre as Demências.....	9
5. A Doença de Alzheimer.....	11
5.1 Fases da doença de alzheimer.....	12
5.2 Os estádios de deterioração da doença.....	15
6. Terapias para retardar e combater a evolução da Demência.....	17
7. Importância e objectivos da Reabilitação/Estimulação Cognitiva.....	18
8. Principais técnicas de Intervenção.....	20
9. Outras técnicas de estimulação cognitiva .....	26
10. Respostas Sociais.....	28
10.1 Valências generalistas e ambientes adequados para idosos com Alzheimer .....	28
10.2 Respostas tradicionais.....	28
10.3 Ambientes e/ou respostas sociais adequados para doentes com Alzheimer.....	30
Capítulo III – Métodos e Técnicas de Investigação.....	36
Metodologia de Investigação.....	36
Técnicas de recolha de dados.....	37
Capítulo IV – Desenho do projecto.....	41
1. Descrição e reflexão da intervenção.....	44
2. Motivações que levaram ao projecto.....	47
3. Estratégias utilizadas .....	49
Capítulo V – Programa de reabilitação.....	52
1 Estruturação do ambiente.....	52
2.Treino cognitivo/Treino de actividades de vida diária.....	53

3 Terapia da Reminiscência.....	59
4. Terapia de Orientação para a Realidade.....	62
5. Terapia pela Música.....	64
6. Programa de Exercício Físico e Spa.....	66
7. Passeios com o grupo de idosos.....	71
8 Outras actividades terapêuticas: Jardinagem e Pintura.....	73
9. Grupo de apoio à família.....	75
 Capítulo VI – Avaliação.....	 76
1 Benchmarking.....	76
2 Indicadores de Impacto.....	77
2.1 No utente .....	77
2.2 Na família e outros .....	80
 Considerações Finais.....	 82
 Bibliografia.....	 86

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional ao nível Europeu e a incidência das demências nos mais velhos é um problema atual e de relevância crescente.

A Organização Mundial de Saúde estima que em todo o mundo existam 47,5 milhões de pessoas com demência. A doença de Alzheimer representa cerca de 60% a 70% de todos os casos de demência (World Health Organization (WHO, 2015). Estima-se que em Portugal existam 182 mil pessoas com demência (Alzheimer Europe, 2014).

A doença de Alzheimer é uma doença degenerativa e crónica que se caracteriza pela diminuição das atividades mentais, em especial a memória. Com a progressão da doença a pessoa com Alzheimer torna-se dependente dos cuidados diários de uma terceira pessoa, principalmente de cuidadores familiares, gerando uma sobrecarga de stresse para ambos (Gorini Silva, 2006).

O diagnóstico precoce e a assistência adequada são cuidados importantes na promoção e reabilitação da saúde do idoso. É necessário um plano de assistência abrangente e que permita a melhoria da qualidade de vida destes doentes. Tendo em conta a gravidade do problema, torna-se importante pensar na sua reabilitação e na promoção de uma melhor qualidade de vida para os doentes e seus cuidadores.

Este trabalho pretende, num primeiro momento, descrever a doença de Alzheimer e a sua evolução e, num segundo momento, apresentar terapias que retardem a doença e, terapias que possam reabilitar estes doentes.

Este trabalho também pretende, também, apresentar algumas práticas de trabalho existentes em Portugal neste domínio. No final, iremos apresentar algumas “ propostas de trabalho” que possam servir de base para a estruturação de unidades terapêutica que sejam capazes de proporcionar a estes doentes uma melhor qualidade de vida, autonomia, bem - estar emocional e físico, através de uma intervenção dirigida para a sua reabilitação ou atraso da progressão da doença.

# CAPÍTULO I – O PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO

## **1. Escolha do tema de investigação**

O tema de uma investigação diz respeito ao campo de saberes do assunto que se pretende desenvolver. Neste caso, o tema do trabalho prende-se com a área em que temos vindo a desenvolver uma actividade profissional. Pretendemos desenvolver uma reflexão aproveitando a nossa experiência profissional numa pequena unidade de dia com um programa de atividades direcionado para a reabilitação de idosos com a doença de Alzheimer, integrado num Centro Social para Idosos. Esta escolha teve como motivações, a experiência do meu trabalho como assistente social, o interesse e necessidade de obter conhecimentos para trabalhar com idosos com a doença de Alzheimer e o facto, deste assunto ser atual e cada vez mais uma preocupação social. Desta forma, foi necessário formular e delimitar um problema, cujas possibilidades exploratórias exibam exequibilidade, a importância atual e contributos para os grupos de interesse e aplicação prática (Pocinho, 2012).

## **2. Delimitação do problema de investigação**

O projeto de investigação apresentado foi desenvolvido no campo da doença da Alzheimer, centrando-se na identificação e compreensão das práticas que possam melhorar a vida de idosos com a doença de Alzheimer, dos espaços adequados para receber estes idosos e das práticas que os possam reabilitar. Tendo em conta o problema de investigação, foi delineado um programa de atividades com o foco na reabilitação de idosos com a doença de Alzheimer, desenvolvido ao longo deste projeto que abrange 12 idosos com a demência de Alzheimer que frequentam o Centro Social de Arões, no concelho de Fafe. O número crescente de pessoas afetadas por demências requer soluções para estas doenças, que afetam profundamente e durante períodos de tempo prolongados, tanto o próprio doente como a sua família. A compreensão das alterações das capacidades cognitivas e funcionais associadas às demências e a procura de formas para tentar amenizar o seu impacto profundo nos doentes e nos seus cuidadores, permitem atrasar significativamente a progressão e, naturalmente os efeitos desta doença. Ao contrário da ideia que está generalizada, existem hoje terapêuticas específicas, com resultados significativos, ao nível do atraso da progressão da doença de



Alzheimer e da melhoria da qualidade de vida dos doentes e das suas famílias. (Loewenstein DA, Acevedo A, JCzaja SJ, Duara R., 2004).

A necessidade de melhorar a qualidade de vida dos idosos em geral, bem como dos doentes com demência e das suas famílias, tem contribuído para o desenvolvimento de programas de intervenção para idosos que sofram de alguma forma de incapacidade e de programas de reabilitação específicos para doentes com demência (Kameron e Kurrle, 2002).

### **3. Objetivos da investigação**

De acordo com Baptista e Sousa (2003) os objetivos correspondem ao “produto final que o projeto quer atingir. Citando assim o que se quer alcançar na investigação a longo prazo”. Para o projeto que desenvolvi, defini os seguintes objetivos:

- Identificar espaços adequados para receber idosos com a doença de Alzheimer.
- Potenciar a reabilitação de idosos com a demência de Alzheimer.
- Contribuir para a redução da velocidade do declínio da doença de Alzheimer nos utentes do Centro Social de Arões, beneficiando doentes e cuidadores.

Para que o projecto fosse susceptível de criar conhecimento com utilidade social, foi importante fazer uma análise do que já foi investigado sobre a temática escolhida, ou seja sobre, a doença de Alzheimer, unidades de dia para estes doentes e programas de reabilitação. A análise do que já foi investigado é importante, no sentido de identificar e cumprir objetivos que possam vir a ser complementares (Baptista & Sousa, 2013). Desta forma, procedi com a revisão de literatura ou desenvolvimento teórico.

## CAPÍTULO II - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### 1. Envelhecimento: conceito fundamental

O envelhecimento está relacionado com um conjunto de alterações biológicas, psicológicas e sociais que se desenvolvem ao longo da vida, pelo que se torna muito difícil estabelecer uma data a partir da qual se possam considerar as pessoas como sendo “velhas”.

É comum considerar as pessoas idosas com idade igual ou superior a 65 anos (Spar e La Rue, 2005), sendo que a idade de entrada na reforma constitui uma referência para a velhice. Podemos referir, que o envelhecimento se desenvolve ao longo do ciclo da vida. Nenhuma pessoa fica “velha” de um momento para o outro, sendo que apenas as alterações progressivas das características físicas e mentais das pessoas são indicadores de envelhecimento. Paúl (2005) expõe que o critério da idade (65 anos) deixou de constituir um indicador rigoroso para o início da velhice, uma vez que emergem algumas divergências associadas à utilização da idade cronológica como medida para definir o envelhecimento. Contudo, é habitualmente aceite em gerontologia a idade dos 60 aos 65 anos como a idade limiar para o aparecimento do envelhecimento (OMS, 2001; WHO, 2002; PAÚL, 2005; Spar e La Rue, 2005).

Porém, independentemente do critério usado, importa salientar que os sinais de envelhecimento se tornam visíveis e envolvem a componente biológica, a componente psicológica e a componente social. Ao longo dos tempos o conceito de envelhecimento sofreu várias alterações evoluindo de acordo com as atitudes, das crenças, cultura, conhecimentos e relações sociais de cada época. Com o surgimento da Gerontologia como área de conhecimento, o envelhecimento torna-se objeto de estudo de várias ciências, evidenciando a visão pluridisciplinar deste fenómeno. Esta pluridisciplinaridade é fundamental para a compreensão e enriquecimento de saberes nesta área específica. De um modo global, segundo Bengston, Rice e Johnson (1999), o envelhecimento aborda: Os problemas funcionais e a sua inter-relação com as incapacidades e dependências dos idosos; O envelhecimento enquanto processo onde se incluem os aspetos biológicos, psicológicos e sociais da senescência e a idade enquanto padrão de comportamento social. Com o aumento dos estudos sobre o envelhecimento, surgem várias teorias explicativas, das quais destacamos de forma breve:

A **teoria ecológica**, proposta por Birren (1995), em que o processo de envelhecimento resulta da interação entre um determinado património genético e o ambiente a que se encontra exposto. A **teoria geodinâmica**, que explica o processo de envelhecimento, tendo por base a teoria geral dos sistemas, em que a dinâmica do envelhecer constitui um processo que resulta de várias mudanças levando a uma maior desordem e a estruturas ordenadas de maior diferenciação (Schroots, 1995). Integra a teoria do caos e a teoria termodinâmica. Na teoria do caos, verifica-se um processo de aumento da entropia associado à idade e do qual resulta a ordem (otimização da auto-regulação e independência) e a desordem (enfraquecimento de algumas capacidades e recursos). A **teoria termodinâmica**, proposta por Yates (1993), defende que se verifica uma quebra de energia, determinada geneticamente e condicionada pelo ambiente. O envelhecimento manifesta-se pelo declínio funcional de um órgão ou tecido ou da associação entre funções que causam instabilidade dinâmica. As **teorias do desenvolvimento**, segundo Baltes e Smith (1999), explicam as mudanças relacionadas com a idade, numa perspetiva de ciclo de vida de acordo com as diferentes análises interdisciplinares. Constata-se uma elevada inter-relação entre o funcionamento sensorial e o funcionamento cognitivo, ou seja, os fatores biológicos são bons preditores do funcionamento intelectual.

Outro aspecto a ter em consideração está relacionado com as competências e capacidades do idoso uma vez que destas deriva, em grande parte, a sua dependência. Os autores Schaie e Wills (1999) referem que a competência para a vida diária dos idosos está relacionada com o padrão de funcionamento nas tarefas de rotina, onde o comportamento significativo tem por base dimensões subjacentes ao processo cognitivo. Assim, existem **três abordagens** que explicam a relação das competências com o quotidiano dos idosos:

A **teoria dos componentes** que refere a existência de diferentes dimensões latentes de competência, em que o meio ambiente tem um papel importante ao nível da expressão e da manutenção da competência. Labouvie-Vief (1992) refere que com o envelhecimento a realidade se torna mais prática, concreta e subjetiva ao mesmo tempo, sensível ao contexto interpessoal, tendo em conta a vivência de cada um.

Por sua vez, a **teoria do domínio específico** refere que a competência é devida à automatização, à experiência anterior e à especialização, pelo que a solução dos

problemas vividos pelos idosos está principalmente relacionada com a familiaridade com um determinado domínio (Salthouse, 1990).

A **teoria da adequação ambiente/indivíduo** refere que a competência está relacionada com a combinação de três fatores, as capacidades do indivíduo, as exigências e os recursos do meio (Kahana, 1982; Lawton, 1982). Desta forma, podemos referir que da exigência do meio e da deterioração das capacidades do indivíduo surge a perda de competência (Paúl, 2005).

## **2. O contexto Português – Aspetos demográficos**

À semelhança dos países desenvolvidos, o número de idosos em Portugal tem apresentado um aumento muito significativo. A projeção sobre a população portuguesa dá-nos conta de um contínuo aumento do envelhecimento da população, essencialmente em consequência da manutenção das baixas taxas de natalidade e do aumento da esperança média de vida. Em 2010, o índice de envelhecimento era de aproximadamente 13 %, enquanto em 2016 o índice de envelhecimento era de aproximadamente 15%. Por sua vez o índice de longevidade, que define a relação entre a população mais idosa e a população idosa e cujo valor é dado pelo quociente entre o número de pessoas com 75 ou mais anos e o número de pessoas com 65 ou mais anos, em 2010 era aproximadamente 48% passando em 2016 para 49 %, o que vem colocar novos desafios. À semelhança da maioria dos países da União Europeia, Portugal está confrontado com um duplo envelhecimento: *i)* mais idosos em função do aumento do índice de envelhecimento, quociente entre a população idosa (65 e mais anos) e a população jovem (dos 0 aos 14 anos) e uma diminuição do número de jovens, em função de um índice sintético de fecundidade, número médio de crianças vivas nascidas por mulher em idade fértil (dos 15 aos 49 anos de idade) observadas num determinado período (habitualmente um ano civil), insuficiente para permitir o rejuvenescimento da população e, *ii)* verificamos um aumento da esperança média de vida que em 2015 era para os homens de 77 anos, e de 83 anos para as mulheres. Por outro lado, verifica-se que as pessoas com mais de 65 anos possuem, pelo menos, uma doença crónica e vários problemas simultâneos. A maior vulnerabilidade deste grupo etário potencia a que sejam afetados mais frequentemente, comparativamente aos grupos etários dos indivíduos adultos. O conhecimento das projeções sobre a população idosa é muito

importante no sentido de adotarmos medidas que permitam atenuar o impacto negativo no futuro e potenciar o seu impacto futuro. Assim, no início deste novo milénio deparamo-nos com um contexto caracterizado pelo envelhecimento demográfico, aumento da proporção de idosos na população total, em detrimento da população jovem ou em idade ativa, transversal às sociedades ditas desenvolvidas e ao qual Portugal não é alheio. Estas informações representam um desafio para todos nós, uma vez que é necessário elaborar novas estratégias de intervenção que envolvam cuidadores formais e informais de forma a potenciar a sua articulação e ao mesmo tempo impedindo a sobrecarga das redes de suporte. Outro aspeto importante inscreve-se no domínio da família. Ao longo dos tempos a família sofreu diversas alterações. Atualmente, existe a predominância de famílias nucleares, famílias monoparentais, os agregados familiares mais reduzidos, a instabilidade familiar e uma separação elevada entre gerações (avós e netos) que, maioritariamente é aumentada por falta de convívio. Assim, a família nuclear é formada por elementos que vivem em co-residência, unidos por laços biológicos e afetivos, que partilham atividades em comum, como as refeições, férias, tempos livres, etc. (Alarcão, 2000). Desta forma, verificou-se um aumento progressivo das famílias clássicas, ou seja, um conjunto de indivíduos que residem no mesmo alojamento e que têm relações de parentesco (de direito ou de facto) entre si, podendo ocupar a totalidade ou parte do alojamento, constituídas só por idosos, onde se incluem as chamadas famílias unipessoais (idosos a viver só) e as famílias constituídas por duas, três ou mais pessoas todas com mais de 65 anos. Em 2016, estima-se que em Portugal 477.000 indivíduos com mais de 65 anos de idade vivem sozinhos. (INE, 2017). Assim, podemos referir que este fenómeno constitui um reflexo do envelhecimento da população e das mudanças operadas nas estruturas e funções da família

### **3. Envelhecimento e Demência**

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), um idoso é uma pessoa com mais de 65 anos, independentemente do sexo ou do estado de saúde. A OMS prevê que em 2025 existirão 1,2 biliões com idade superior a 60 anos, sendo que os muitos idosos com 80 ou mais anos constituem o grupo etário com mais crescimento. (Sousa, *et al* 2003:365). Esta faixa etária ganhou uma dimensão importante na nossa sociedade assim como as patologias associadas à velhice, apesar de não serem exclusivas da mesma. Assim, torna-se preocupante este aumento do envelhecimento e a

sua relação com as demências. Por outro lado, são muito preocupante os dados existentes sobre a pobreza em Portugal, já que o Inquérito às Condições de Vida e Rendimento do INE, refere que foi sobretudo a proporção de idosos em privação material a que mais aumentou entre 2013 e 2014 (de 23,1% para 25,2%) ".A conjugação do factor pobreza com todos os outros já referidos torna ainda mais problemática a intervenção junto da população idosa em risco de vir a sofrer doenças mentais, nomeadamente, a doença de alzheimer, cujo aparecimento de novos casos tem aumentado de forma preocupante.

Actualmente, vivemos numa sociedade em que os dias são passados a correr e com *stress*. Uma parte da população trabalhadora mal tem tempo para conciliar o trabalho com a vida familiar e os seus próprios cuidados para um estilo de vida saudável. Desta forma, todos que têm a cargo uma pessoa de idade para prestar cuidados necessitam de apoio profissional adequado de forma a retardar/evitar a institucionalização dos familiares mais velhos. Tendo em conta o aumento da esperança média de vida e consequentemente o aumento do envelhecimento demográfico, assim como os problemas de saúde associados ao envelhecimento, nomeadamente, a demência com maior incidência nesta faixa etária, torna-se extremamente importante que os técnicos procurem elaborar respostas adequadas para os mais velhos. Sendo este o principal objectivo deste trabalho, ou seja, contribuir para encontrar as soluções mais adequadas para proteger e reabilitar estes idosos no seu meio natural de vida.

Assim, importa compreender **o que é a demência**. Podemos começar por recorrer à Classificação Internacional das Doenças da Organização Mundial de Saúde (ICD 10, WHO 1992) onde demência é definida como:

*“uma síndrome resultante da doença do cérebro, em geral de natureza crónica ou progressiva na qual se registam alterações de múltiplas funções nervosas superiores incluindo a memória, o pensamento, a orientação, a compreensão, o cálculo, a linguagem e o raciocínio. O estado de consciência não está enevoado. As perturbações das funções cognitivas são muitas vezes acompanhadas, e por vezes precedidas por deterioração do controlo emocional, do comportamento social ou da motivação”.*

O Cérebro pode ser afetado por várias causas com resultados também muito diversos. Estes resultados, ou seja, os sintomas e sinais de lesão cerebral, representam os elementos que orientam o diagnóstico. Por exemplo, se um doente sofrer um acidente vascular que envolva uma artéria que irriga a porção posterior da terceira circunvolução

frontal do hemisfério esquerdo do cérebro, esse doente terá, muito provavelmente uma perturbação de linguagem. Por outro lado, se a lesão ocorrer na face interna do lobo occipital direito, o doente perderá a visão na metade esquerda do espaço usualmente abrangido pelo olhar. Estas perturbações são denominadas de perturbações “focais” ou sinais de uma lesão em determinado local. Se estes doentes manterem as restantes funções inalteradas, serão capazes de ter uma vida normal apesar das limitações consequentes da lesão que sofreram. Ou seja, a estrutura da personalidade destes doentes mantém-se igual ao que era antes do acidente. Por vezes, as consequências nos doentes são diferentes porque as lesões não foram únicas nem focais. As lesões podem ser muitas e espalhadas pelo cérebro, que por sua vez, afetará múltiplas funções do cérebro, como se sucede no caso de traumatismos crânio-encefálicos. Nestes casos, pode existir uma alteração do próprio sistema das células nervosas provocando um mau funcionamento das células ou à destruição das mesmas. Este processo pode ser agudo, como acontece no caso de uma paragem cárdio-respiratória ou progressivo, como acontece com a **doença de Alzheimer**. Nestas últimas situações as lesões afectam múltiplas estruturas cerebrais levando a uma grave e profunda alteração na cognição e comportamento, modificando a estrutura da personalidade destes doentes (Alexandre C. & Alexandre M. 2016).

#### **4. Alguns números sobre as demências**

Como anteriormente referimos, a demência é descrita como a decadência de funções cognitivas, como, a memória, capacidade de raciocínio e de julgamento, estado de perturbação de consciência, e persistente por um período de pelo menos seis meses. Existem várias demências capazes de provocar uma deterioração cognitiva e emocional, que por sua vez alterará a capacidade destes doentes realizarem atividades diárias e consequentemente mudará a qualidade de vida dos mesmos. O número de pessoas que sofre de demência em todo o mundo subiu 22% nos últimos três anos e poderá vir a triplicar em 2050, de acordo com o estudo da *Alzheimer Disease International*. (Alzheimer Portugal, 2017).

A **demência de Alzheimer** representa 60 a 70 % dos casos de demência, sendo por isso mesmo a mais representativa de todas as demências. Como anteriormente vimos, a demência é sobretudo uma doença do envelhecimento devido à sua prevalência entre os idosos. Quarenta e sete estudos de prevalência realizados entre 1945 e 1985 revelaram

que a demência de alzheimer duplica cada cinco anos após os sessenta anos. No grupo etário dos 60-64 a prevalência estimada é de 0,7 %, atingindo valores de 38,6% depois dos 90 anos. Os estudos revelaram também, que acima dos 95 anos a prevalência de alzheimer ainda é mais elevada, rondando os valores de 58% e de 74%. (Jorm AF, Korten AE, Henderson As. 1987). Segundo Katzman (1993), a demência de Alzheimer afeta quer o indivíduo com estudos ou o indivíduo sem estudos, no entanto, existem vários riscos associados à escolarização e ocupação profissional.

Para a maioria dos autores a ocupação profissional constitui um maior risco que a escolarização dos indivíduos. Em Portugal, tal como em alguns países, uma parte substancial da população idosa é caracterizada, ainda, por uma baixa escolarização, por trabalhos pouco qualificados com tarefas não específicas e, frequentemente com sérias deficiências nutricionais na infância. Se pensarmos nas tendências demográficas, envelhecimento populacional, baixas taxas de natalidade e fertilidade e no aumento da esperança média de vida, compreendemos que a demência é, atualmente, um dos mais relevantes problemas de saúde do século XXI. Além do envelhecimento populacional, Portugal tem valores muito elevados de analfabetismo, baixa escolaridade, profissões indiferenciadas, principalmente nos idosos, aumentando assim a probabilidade do risco de demência, associado à idade. Na maioria das vezes, quando é diagnosticada uma demência, na presença do indivíduo e do seu cuidador, este já vem num estado avançado. Isto deve-se, ao facto da demência ser uma doença progressiva que pode permanecer não reconhecido durante meses ou até anos. Esta dificuldade em fazer um diagnóstico correto e precoce da demência deve-se a muitas questões, nomeadamente, a idade em que a demência teve início, o grau de escolaridade, o nível sócio-cultural e a manifestação de alterações comportamentais e cognitivas. Embora, seja muito difícil realizar um diagnóstico de demência em estudos populacionais, estudos epidemiológicos europeus, realizados com diferentes metodologias e instrumentos, analisados pelo EURODEM – Prevalence Research group demonstraram que a doença de Alzheimer tem uma prevalência no sexo feminino com o aumento da idade. Assim, o número de casos existentes da doença de Alzheimer a nível global na Europa (por 100 de população) para os grupos etários de 30-59, 60-69, 70-79, 80-89, foi nesta ordem, 00,2; 0,3; 3,2 e 10,8. São vários os métodos de rastreio utilizados nestes estudos populacionais, como por exemplo, o Mini Mental Examination (MMSE) que é um dos testes mais vezes usado em rastreios populacionais de demências de defeitos cognitivos



ligeiros uma vez que é muito fácil de usar e aplicar. Embora existam algumas variações de pontuações do MMSE relacionados com a idade, o sexo e a condição socioeconómica, foi a relação com a escolarização que demonstrou ter elevada importância, sobretudo em populações não escolarizadas. Para além dos doentes diagnosticados com a demência de Alzheimer, existem indivíduos que conseguem realizar normalmente as suas atividades de vida diária e demonstram manter a função cognitiva normal, no entanto, revelam um defeito cognitivo ligeiro através da falha de memória, sendo que estudos revelam que estes doentes podem evoluir para uma demência ( Jorm AF, Korten AE, Henderson AS, 1987)

## **5. A doença de Alzheimer**

A demência é, em geral, uma situação adquirida, permanente, com um défice global das propriedades mentais, englobando as capacidades cognitivas, como a perceção, a comunicação, comportamento e a personalidade, sendo que estas vão progredindo ao longo do tempo. Contudo, nem todas as demências se desenvolvem progressivamente. Em alguns casos, existem demências reversíveis. Assim, quando falamos em demências, pensamos num conjunto de alterações cognitivas, uma vez que são estas as mais facilmente detetadas pela família e médicos. Mas, posteriormente outras propriedades da vida mental serão afetadas assim como o funcionamento total do organismo. A **doença de Alzheimer** é uma doença neuro degenerativa em que o tecido nervoso é progressivamente alterado e destruído, a partir de um momento indeterminado da vida adulta. É um tipo de demência que provoca uma deterioração global, progressiva e irreversível de diversas funções cognitivas, entre as quais a memória, a atenção, a concentração, a linguagem e o pensamento. Esta deterioração verifica-se em alterações no comportamento, na personalidade e na capacidade funcional da pessoa, dificultando a realização das suas atividades de vida diária. Os sintomas iniciais da doença de Alzheimer incluem perda de memória, desorientação espacial e temporal, confusão e problemas de raciocínio e pensamento. Estes sintomas agravam-se à medida que as células cerebrais vão morrendo e a comunicação entre estas fica alterada (Richter R, Richter B. 2002) As primeiras manifestações desta doença aparecem vagarosamente e escapam muitas vezes às pessoas que convivem diariamente com o doente. No início são os pequenos esquecimentos, usualmente aceites pelos familiares como parte do processo normal de envelhecimento, que se vão agravando progressivamente. As pessoas com a doença de Alzheimer tornam-se confusas, apresentando alterações da

personalidade, com distúrbios de comportamento e acabam por não reconhecer os seus familiares e até a si mesmo quando se vêem ao espelho. À medida que a doença evolui, tornam-se cada vez mais dependentes de terceiros, iniciam-se as dificuldades de locomoção, a linguagem torna-se mais difícil e passam a necessitar de cuidados e supervisão permanente, até mesmo para as atividades elementares do quotidiano como alimentação, higiene, vestuário, etc... (Gautier S. 1999) Muitas vezes, pode ser difícil perceber a diferença entre as mudanças características do envelhecimento e os primeiros sinais da doença de Alzheimer. A perda de memória é uma característica natural do processo de envelhecimento. Mas quando esta perda de memória começa afetar a vida quotidiana da pessoa, já não estamos a falar de algo natural, mas sim daquilo que poderá ser um sintoma de uma demência. Algumas pessoas podem reconhecer mudanças em si mesmas antes que alguém se aperceba. Outras vezes, os amigos e a família serão os primeiros a observar as alterações na memória da pessoa, nos seus comportamentos ou capacidades, sendo que é importante compreendermos que cada pessoa é um caso único e, por isso pode ter um ou mais sintomas daqueles que irei descrever posteriormente. Normalmente, o doente é trazido ao médico por um familiar, sem que ele próprio se manifeste preocupado com o assunto. Na realidade, o doente vai perdendo progressivamente capacidades de introspeção e crítica e vai negando ou minimizando as suas incapacidades, por vezes até com o recurso a desculpas como o cansaço ou falta de uma noite bem dormida. Por isso, é importante ouvir o doente separadamente do familiar, uma vez que perante o doente o familiar poderá sentir-se inibido de dizer tudo (Golomb, J. et al, 2001).

### **5.1- Fases da doença de Alzheimer**

Assim, numa **fase inicial da doença de Alzheimer** surgem os seguintes sintomas:

I. Falha de memória- Geralmente, o primeiro sintoma desta doença manifesta-se através da memória. O doente tem memória de acontecimentos antigos e consegue relatá-los, no entanto, tem dificuldade em recordar acontecimentos novos. Inicialmente o doente terá dificuldades em relembrar as datas, os locais e as pessoas presentes em determinados acontecimentos. Se orientado por alguém, o doente poderá reconstruir as recordações mas sempre com insegurança. Noutras alturas o doente espanta a familiar ao não conseguir recordar acontecimentos muito recentes, como por exemplo, o doente vai a algum lado e questiona-se de como foi lá parar. Outra falha de memória assustadora para a família é quando o doente subitamente deixa de os reconhecer

II. Desorientação- São muitas as desorientações destes doentes, nomeadamente, é frequente perderem-se na rua, principalmente em lugares onde ia muito raramente, mas posteriormente, também em sítios familiares, até mesmo dentro de casa. Também é normal perderem a noção do tempo, confundindo o dia, o mês e até o ano em que estão. Existem muitos relatos de familiares destes doentes que descrevem noites em que estes acordam sobressaltados e saem para a rua referindo que vão para o emprego que já abandonaram há muitos anos.

III. Alterações de linguagem- Ao longo do tempo, a forma como estes utentes comunicavam vão se alterando. Primeiro os doentes manifestam dificuldades em nomear o nome de objetos divagando de forma confusa, como por exemplo, “aquilo com que se escreve” em vez de “caneta”. Este é o início da afasia nominal. Faltam as palavras e o doente deixa de se conseguir expressar verbalmente como antes. O discurso do doente torna-se confuso e muito facilmente o doente perde-se do que está a dizer.

IV. Dificuldades em resolver problemas- Rapidamente o doente começa a perder capacidade de enfrentar e resolver problemas. O doente começa a sentir dificuldades em fazer contas, errando os resultados, confundindo as moedas e os preços. O doente toma decisões inesperadas para a família e, muitas vezes, absurdas.

V. Alterações de personalidade; A personalidade do doente começa a mudar. O doente age como nunca agiu anteriormente na sua vida, faz comentários inadequados com linguagem imprópria, sem perceber que atinge outras pessoas.

VI. Vida social- A vida social dos doentes de Alzheimer pouco a pouco vai se tornando muito confusa. Quando o doente ainda tem uma actividade profissional, começa a ter muita dificuldade e a cometer erros, por vezes graves, deixando de cumprir as suas obrigações sociais e os pagamentos dos serviços que usufrui no seu quotidiano

VII. Cuidados pessoais- O doente deixa de se preocupar com a sua higiene e a sua forma de se vestir. Começa a surgir sempre com a mesma roupa e esquece-se de tomar banho. Quando o doente vive só, também a sua habitação começa a sofrer alterações, nomeadamente, muito desarrumada e suja

VIII. Perturbações de humor- As perturbações de humor estão quase sempre inerentes à doença de Alzheimer. Os doentes manifestam-se ansiosos e inseguros por

não conseguirem realizar tarefas do quotidiano como antes faziam e tentam negar perante familiares e amigos que estão a perder capacidades. Geralmente, os doentes ficam pessimistas, podendo até ganhar uma depressão grave, manifestas em crises de choro e pensamentos suicidas. A família é surpreendida por uma apatia crescente do doente, em que este começa a perder o interesse em atividades que antes eram prazerosas, como a leitura, ouvir música, ver televisão, usar o telefone, etc.

Nesta altura, a família começa a compreender que o indivíduo está severamente doente, no entanto, rejeita a possibilidade de ser uma demência e procura ver o seu familiar como se estivesse atravessar um momento depressivo, o que dificulta o diagnóstico precoce do familiar. Ao longo do tempo, as alterações comportamentais e cognitivas vão-se salientando e o doente deixa de ser autónomo.

Neste momento, estamos numa **fase mais avançada da doença**, caracterizada por:

I. Apraxia-. A capacidade motora do doente fica bastante afetada. O doente revela muita dificuldade em andar, abrir portas ou vestir-se, acabando mais tarde por deixar de fazer estas atividades.

II. Agnosia-. O doente perde a capacidade de associar os objetos às suas funções, assim como a capacidade de reconhecer pessoas, lugares, sons e cheiros. O doente fica num mundo cada vez mais estranho e confuso.

III. Afasia- Aos poucos o doente perde a função da fala e deixa de comunicar verbalmente com os seus.

IV. Distorções perceptivas- Os doentes começam alucinar, vendo objetos que não existem e intrusos dentro da sua habitação. O doente deixa de reconhecer o seu reflexo no espelho parecendo-lhe o rosto de alguém conhecido. O doente deixa de conhecer a sua habitação e acusa os seus parentes de o terem levado para outro lugar.

IV. Fenómenos Delirantes- Neste momento, o doente pode experienciar fenómenos delirantes como, acreditar que está a ser roubado, que a sua esposa o trai ou até mesmo que o querem matar. Na maioria, das vezes, os doentes que apresentam estes sintomas são pessoas que já anteriormente tinham alguma tendência paranoide. Por consequência, os doentes tornam-se agitados e agressivo, podendo usar violência. Para estes, o fim do dia é enfrentando ainda com mais agitação, como se o doente sentisse medo com a falta da luz do dia. É frequente o doente deambular pela casa, sem razão

aparente ou sair para o exterior da habitação podendo correr perigo. Para o doente comer ou tomar banho é agora necessário controlá-lo.

VI. Perturbação do Sono- Assim, o sono noturno torna-se insuficiente para que estes doentes se sintam repousados. É importante referir que estas alterações podem ser agravadas por medicação com excessiva sedação. Desta forma, o doente passa a ter uma vida dependente de uma terceira pessoa, carecendo de cuidados permanentes, alimentação, higiene pessoal, cuidados de saúde. Progressivamente, o doente deixa de conseguir sair de casa, mesmo que acompanhado.

VII. Fase Terminal. -Torna-se muito complicado alimentar estes doentes, sendo que por vezes é necessário recorrer à sonda. Também a incontinência se instalará nesta fase. A atrofia muscular acontece na fase terminal em que o doente perde reflexos de marcha, perde a postura erecta e termina limitado à cadeira e à cama. Depois destas limitações os problemas de saúde agravam-se, nomeadamente, obstipação tenaz, infecções respiratórias ou urinárias, úlceras de decúbito. No final, o doente deixa de reagir a qualquer estímulo e a vida dele torna-se vegetativa.

## **5.2 Os sete estádios da deterioração da doença**

(adaptado de Reisberg, 1992)

A progressão da doença de Alzheimer pode variar de caso para caso, no entanto exista uma tendência geral a que ela siga um determinado padrão sequencial. Por esse motivo, existem algumas propostas de estádios evolutivos que podem ser muito úteis na descrição da situação de um doente e no seu prognóstico.

Estádio 1: Normalidade: Não há queixas manifestas de alteração de memória.

Estádio 2: Queixas subjetivas: O indivíduo começa a ter esquecimentos constantes de nomes ou de lugares onde colocou determinados objetos. O doente tem consciência de que existe algum problema mas não manifesta dificuldades no trabalho ou no seu comportamento na sociedade, daí que este estágio possa ser considerado como normal no processo de envelhecimento.

Estádio 3: Ligeiro defeito de memória: Neste estágio os defeitos de memória são mais acentuados no desempenho social e familiar. O doente esquece o nome de familiares e amigos próximos, quando aprende algo novo retém pouca informação dessa

aprendizagem, esquece ou deita fora objetos pessoais de valor e pode perder-se em lugares que conhece pouco. É muito frequente, os doentes entrarem numa depressão e em negação do que lhe está acontecer, desvalorizando e justificando os seus esquecimentos. O doente pode permanecer, neste estágio, uma média de 7 anos.

Estádio 4: Demência ligeira ou inicial: Torna-se evidente em contexto clínico que o indivíduo está doente, apresentando desorientação no tempo e no espaço, com muitas dificuldades de nomeação e reconhecimento de pessoas. As dificuldades de vida diária aumentam muito, o doente esquece obrigações e pagamentos e falha na lide doméstica. Neste estágio a negação por parte do doente evidencia-se, sendo que este pode achar-se apto para conduzir, por exemplo. Pode existir uma depressão ou, mais frequentemente, o doente fica num estado de indiferença e não responde aos estímulos da vida emocional, social ou física. Pode durar cerca de dois anos.

Estádio 5: Demência moderada: As atividades de vida básicas ficam muito afetadas. O doente, agora, não tem capacidade de decisão, como por exemplo escolher roupa para vestir. O doente não se recorda de aspetos importantes da sua vida, como a morada onde vive e o nome dos netos, apesar de saber quem é o seu conjugue ou a pessoa com quem vive. O doente aparenta não ter consciência dos seus defeitos ou de que existe um problema com ele. O doente pode estar estacionado nesta fase um ano e meio.

Estádio 6: Demência grave: Neste estágio, o doente necessita de ajuda constante de uma terceira pessoa para todas as atividades de vida diária, higiene pessoal, vestir-se, alimentação e deslocação. Não se lembra de acontecimentos do presente ou mais recentes, assim como estão esquecidos de muitas partes da sua vida. Manifesta muita dificuldade em reconhecer a família. É nesta fase que o doente se manifesta desconfiado, hostil e até mesmo agressivo se contrariado ou para se defender. Duração de dois a três anos.

Estádio 7: Demência muito grave: Gradualmente, o doente perde a capacidade de se comunicar com os outros, deixando de falar, sorrir ou acenar. O doente é completamente passivo na alimentação e higiene, deixa progressivamente de andar, sentar e erguer a cabeça, torna-se incontinente, e por fim, termina acamado e completamente imóvel.

## 6. Terapias para combater e retardar a evolução da demência

No processo de envelhecimento existe um aumento progressivo da incapacidade funcional e cognitiva e declínio de saúde, associado à demência, sobretudo à doença de Alzheimer. Os autores Cameron e Kurrle (2002) descobriram alguma forma de incapacidade em 85% da população com idade superior a 85 anos. Estes doentes viviam com muitos problemas relacionados com a prestação de cuidados de saúde, prestação de cuidados sociais e também de apoio às famílias. Posto isso, a necessidade de melhor a qualidade de vida dos mais velhos, bem como dos doentes com demência e das suas famílias, tem contribuído para o desenvolvimento de ensaios clínicos que, apesar de recentes, permitiram a descoberta de estratégias de tratamento baseadas no conhecimento científico das alterações patológicas que acompanham as demências, terapia farmacológica da demência, assim como o desenvolvimento de programas de reabilitação específica para doentes com demência, terapia não farmacológica da demência. Relativamente, à *terapia farmacológica da demência*, a estratégia até agora mais bem-sucedida consiste em utilizar inibidores da enzima que degrada a acetilona libertada, a acetilcolinesterase, levando assim ao aumento do neurotransmissor disponível na fenda sináptica. Três inibidores usados, mais recentemente, são o *donepezil*, a *rivastigmina* e a *galantamina* no tratamento à doença de Alzheimer. Os ensaios clínicos demonstraram a eficácia destes inibidores em estádios de doença de Alzheimer ligeiro ou moderado, assim como numa fase mais avançada da doença. A eficácia clínica destes estudos foi determinada em vários domínios, nomeadamente em testes neuro psicológicos, em escalas globais de avaliação da demência, em escalas de atividades de vida diária e em escalas neuropsiquiátricas (Quizilbash N, Schneider LS, Chui H. 2002). No que diz respeito à *terapêutica não farmacológica*, esta assume um papel muito importante neste trabalho. Apesar de já nos anos 60 ou 70 se falar em técnicas de reabilitação cognitiva aplicadas a doentes com demência, o interesse científico pela reabilitação nesta área é muito recente, sendo a maioria dos trabalhos publicados a partir dos anos 90.

No entanto, ainda não existem dados seguros que nos ajudem a compreender a eficácia real da intervenção cognitiva e o tempo de duração das competências adquiridas ou melhoradas durante o processo de reabilitação. Ainda assim, muitos investigadores estão a trabalhar nesta área, pretendendo demonstrar o quanto é importante e necessário a intervenção em doentes com demência e nas suas famílias, no sentido de aumentar a

qualidade de vida dos mesmos (Peterson RC, Smith GE, 1999). Este tipo de intervenção/reabilitação deverá ser feito o mais cedo possível, numa fase inicial na doença de Alzheimer, uma vez que esta doença vai progressivamente afetando a realização das atividades de vida diária, interferindo na vida social e nas atividades profissionais e de lazer dos doentes. Tendo em conta as alterações cognitivas e o nível de autonomia funcional do doente, a doença de Alzheimer pode ser dividida em três fases: ligeira, moderada e grave. A reabilitação de um doente com a doença de Alzheimer deve ser realizada na fase ligeira da doença, designada por defeito cognitivo ligeiro, onde a diminuição funcional é mínima e as alterações cognitivas são restritas a perdas de memórias (Cameron ID, Kurrle SE, 2002). Quando se fala em “reabilitação”, neste contexto, refere-se à participação ativa da pessoa com incapacidade e de outros, de forma a reduzir o impacto da doença nas atividades de vida diárias. O ponto de partida da reabilitação destes doentes deverá ser a avaliação dos sentimentos e aspirações específicas do indivíduo, uma vez que a diminuição do contato social ou a situação de reforma antecipada, por exemplo, podem ser mais nefastas para um indivíduo do que para outro. Trata-se, assim, de um processo que pretende restaurar as capacidades funcionais numa pessoa com alguma incapacidade, através da estimulação cognitiva promovendo o seu bem-estar e autonomia (Loewenstein DA, Acevedo A, J Czaja SJ, Duara R. 2004).

## **7. Importância e objetivos da reabilitação/estimulação cognitiva**

Os programas de intervenção cognitiva devem ser organizados com base nos resultados de uma avaliação neuro psicológica. A avaliação da qualidade de vida é igualmente importante que faça parte desta avaliação, com escalas preenchidas com o próprio sujeito, no caso de situações de demência ligeira ou pré-demência, em que o doente ainda consegue dizer as áreas mais importantes para ele. Quando o doente já não consegue fazer essa identificação, as escalas deverão ser preenchidas com o familiar ou cuidador do doente. Também é pertinente avaliar a qualidade de vida do prestador de cuidados e identificar o impacto que a doença do familiar tem na vida e na estrutura familiar do cuidador. O programa de intervenção deverá sempre ser centrado no sujeito, apesar de levar em consideração os aspetos referidos atrás (Ward CD, McIntosh S. 2003). Deste modo, para termos uma boa avaliação deve-se utilizar recursos, como as escalas de atividades instrumentais de vida diária como a *Escala de Lawton* ou a escala



de avaliação da incapacidade funcional na demência, conhecida por DAD (*Disability Assessment for Dementia*), escala de satisfação com a vida, como a SWLS (*Satisfaction With Life Scale*), assim como uma escala de depressão, *Escala de Depressão Geriátrica* (GEECD, 2003). Este tipo de intervenção através da estimulação cognitiva para pessoas idosas pretende ajudá-las a melhorar o desempenho das atividades de vida diária, de forma a minimizar a necessidade de assistência de uma terceira pessoa.

É importante compreendermos que um dos sinais de alerta mais comuns da Doença de Alzheimer é a perda de memória, mais especificamente, a memória a curto prazo. À medida que a doença evolui, outras dificuldades surgem resultantes das alterações cognitivas, que afetam o desempenho do doente nas diferentes atividades de vida diária (AVDs). Na maioria das vezes as atividades de vida diária são vistas por nós como muito simples ou pouco importantes, no entanto estas ocupam uma boa parte do nosso tempo e assumem uma importância nos papéis que as pessoas desempenham e, consequentemente, na sua auto-estima e qualidade de vida. Tarefas como cozinhar ou vestir, aparentemente muito fáceis, tornam-se muito complicadas de realizar para um doente com Alzheimer. Este facto não implica que o doente deixe de ter um papel ativo na realização destas atividades de vida diária, no entanto é necessário uma orientação gradualmente crescente por parte dos cuidadores e familiares de forma a permitir que o doente mantenha a sua autonomia e independência por mais tempo e possa realizar estas tarefas em segurança (Diener E, Emmons R, Larsen R J, Griffin S. 1985).

Assim, torna-se extremamente importante o desenvolvimento de programas de estimulação cognitiva que permitam a reabilitação do doente e, também que permitam aos familiares e cuidadores o conhecimento de estratégias para melhor lidarem com as alterações que irão ocorrer na vida do doente. As atividades de vida mais significativas neste processo de mudança são as que estão relacionadas com a alimentação, o vestuário, a mobilidade e a higiene e banho.

É importante referir que cada pessoa é um ser único, sendo que a Doença de Alzheimer não irá afetar todas as pessoas da mesma forma. As alterações nas atividades de vida diária que referir anteriormente poderão surgir ou não em diferentes fases da doença consoante a pessoa em causa. Para além, do conhecimento das alterações que vão surgir nas atividades de vida diária destes doentes, importa também saber outras informações que serão cruciais para um bom resultado num programa de reabilitação ou estimulação cognitiva, nomeadamente, conhecer a história de vida da pessoa, os seus hábitos, rotinas

e interesses, compreender que todos os comportamentos do ser humano têm uma motivação, compreender a razão do não sem forçar ou exercer poder, colocar-se no lugar da pessoa vendo o mundo pela sua perspetiva e ler e ouvir testemunhos de outros cuidadores. É também, importante compreendermos que apesar das dificuldades que estes doentes manifestam quer a nível cognitivo, quer a nível motor, tal não implica que as necessidades que anteriormente estes doentes tinham agora deixem de ter, sendo que estas continuam a ser as mesmas (Poe MK, Seifert LS. 1997). Tom Kitwood (1997), pioneiro na área dos cuidados às pessoas com demência, refere que todos nós, independentemente da nossa condição de saúde, temos necessidades psicológicas básicas, que relacionam-se com o nosso bem-estar, a nossa auto-estima e qualidade de vida. Como tal, também as pessoas com demência necessitam de ser respeitadas nestas suas necessidades, nomeadamente, amor, conforto, inclusão, vínculo, ocupação e identidade. Desta forma, entendemos como as alterações nas atividades de vida destes doentes interferem negativamente no seu bem-estar. Cabe-nos assim a nós, técnicos e cuidadores, procurar adaptar as competências cognitivas associadas a estas tarefas, melhorar e adequar o ambiente físico e reabilitar assim estes doentes de forma a promover a sua autonomia e ir ao encontro das suas necessidades.

## **8. Principais técnicas de intervenção**

A severidade da Doença de Alzheimer condiciona muito o tipo de técnicas a usar. É extremamente importante que a escolha das técnicas a usar esteja de acordo com os resultados da avaliação neuropsicológica realizada inicialmente, uma vez que a metodologia que iremos usar num doente que esteja na fase ligeira da demência será muito diferente da que vamos usar num doente com demência acentuada. Esta avaliação vai permitir a realização de um plano de intervenção específico e mais adequado ao caso, uma vez que nos vai dar o conhecimento das áreas mais afetadas do doente, como é, por exemplo, o caso da memória (memória episódica, memória semântica, memória de procedimentos, memória remota, memória imediata...) ou da linguagem (oral ou escrita, capacidade de compensação, capacidade de nomeação,...).

Na literatura encontra-se uma enorme variedade de técnicas de **estimulação cognitiva** para indivíduos com a Doença de Alzheimer. As técnicas usadas com este tipo de doentes incluem, maioritariamente, o treino intensivo das capacidades diminuídas (mas não perdidas) e o uso das capacidades preservadas como “portas de entrada” para a

estimulação. Por exemplo, se observarmos que a memória de procedimentos está preservada no doente, os treinos devem incidir nesta memória, para que o doente as use quotidianamente. (Zanetti O, Frisoni GB, DE Leo D, 1995). É importante que o técnico esteja preparado, para em qualquer modificar o plano de intervenção para o adaptar a qualquer mudança que se observe no doente ou no seu meio. Para que exista adesão e participação ativa por parte do doente, a intervenção tem que fazer sentido para o doente, daí que seja importante que este processo seja iniciado numa fase inicial da doença. No entanto, existem vários planos de intervenção para doentes com demência em fases avançadas. Podemos dividir a estimulação cognitiva de doentes com demência em duas áreas, nomeadamente, estimulação direcionada para os aspetos relacionais e emocionais, numa linha psicoterapêutica e psicossocial, e outra direcionada para a estimulação cognitiva. Existe também uma abordagem mista, que junta estas duas perspectivas. Assim, este processo requer uma equipa multidisciplinar a trabalhar estratégias, como, treino cognitivo, técnicas de estruturação do ambiente, orientação nutricional, orientação e suporte psicológico aos familiares e cuidadores e programas de exercícios físicos ( Miotto EC. 2002). As terapias psicossociais melhoram as funções cognitivas dos doentes, mas estas ajudam sobretudo os doentes a cuidarem de si próprios e melhoram o seu bem- estar emocional. Algumas intervenções são direcionadas para os doentes, cuidadores e familiares dos mesmos, com o propósito de melhorar e adaptar o meio ambiente do doente, em função dos problemas que vão surgindo com a demência. Nas terapias psicossociais podemos incluir, treinos cognitivos, intervenções orientadas para o comportamento, técnicas orientadas para as emoções e as intervenções na família (Bottino CMC, Carvalho IAM, Alvarez AMMA.2002). Usualmente, a maior dificuldade cognitiva na fase ligeira da demência é a memória explícita, pelo que a prioridade é restabelecer o uso mais eficiente da memória. Este tipo de trabalho de intervenção inclui estratégias de repetição e treino, estratégias de aprendizagem e estratégias compensatórias. As técnicas de repetição baseiam-se no princípio de que a realização de “exercícios” de memória é vantajoso para o melhoramento do funcionamento mnésico. Apesar destas técnicas serem muito usadas, Weingartner et all (1993) observou que estas não melhoram a memória de palavras de doentes com a Doença de Alzheimer. Por outro lado, Beck et al (1988) apurou que o treino de memória ajuda os doentes a recordar números, apesar de não reterem histórias na memória, daí o uso desta técnica ter uma eficiência muito limitada na melhoria das atividades diárias (Gerber Gj, Snider HG, et al 1991). Quando os

treinos envolvem memória de procedimentos, os resultados são mais positivos que a anterior técnica, porque a memória de procedimentos está mais preservada em indivíduos com a Doença de Alzheimer (Zanetti O, Zaniere G, Di Giovanni G, et al, 1995). Na terapia de reabilitação destes doentes, o treino envolve tarefas ligadas a défices específicos a serem realizados no contexto do doente. As estratégias de aprendizagem com técnicas mnemónicas querem ajudar e estimular o armazenamento de informação, a codificação e a recuperação de informações aprendidas. Outra técnica usada é a de envolver diferentes sistemas sensoriais na aquisição da informação, facilitando a memorização do doente aquando da evocação, como por exemplo, associar o nome de determinadas pessoas a características físicas dessas pessoas. (Zanetti O, Zaniere G, DI Giovanni G, et al, 1995) . De facto, alguns trabalhos demonstraram que os doentes com a doença de Alzheimer recordam mais facilmente uma situação em que participem ativamente do que se estiverem apenas a ouvir a descrição dessa situação. ( Butters MA, Soely E, Becker JT, 1997). Outra técnica importante na reabilitação de doentes com Alzheimer é a “ **aprendizagem sem erros**”. Nesta técnica, o terapeuta cria condições para que o doente consiga desempenhar as suas tarefas sempre com sucesso. Esta técnica baseia-se no pressuposto que quando um comportamento errado é repetido, a aprendizagem fica comprometida, enquanto se o doente obtiver sucesso a sua motivação será melhor, e conseqüentemente será mais fácil aprender e memorizar. (Baddley A, Wilson BA, 1994). As estratégias compensatórias pretendem ajudar os doentes através de “ajudas externas”, como por exemplo, o uso de agendas, blocos de notas, *paggers*, despertadores, toques de relógios, cartazes, sinalizações, etc., com o objetivo de melhorar o défice de memória destes doentes. É importante referir que estas técnicas apresentam melhores resultados quando os doentes ainda se encontram numa fase inicial da doença ou quando o familiar/cuidador o ajuda no uso de determinados recursos. (Bourgeois MS. 1990).

Os autores Sohlberg e Matter (1989) revelaram resultados de um programa de reabilitação cognitiva com doentes de Alzheimer, em que consideraram a existência de três pressupostos básicos neste processo de reabilitação: Qualquer tipo de estimulação cognitiva, mesmo sem uma orientação teórica específica, resultará em melhoria; Abordagem de adaptação funcional, onde o doente treina situações da vida real e do trabalho; Através de um modelo teórico cognitivo, treinar a repetição de uma serie de atividades específicas dos processos cognitivos; Os autores Sohlberg e Matter (1989)

consideram que é muito importante analisar frequentemente os resultados do tratamento no estudo de caso, de forma a compreendermos os progressos do doente, a eficácia do programa e também o melhoramento ou ajuste das técnicas a usar com o doente para que este tenha o melhor acompanhamento possível. Prigatano (1986) refere três princípios de treino que auxiliam a reabilitação cognitiva, nomeadamente: uso de técnicas de compensação para superar os défices; uso de técnicas de substituição para diminuir o problema por outros meios e o treino de funções cognitivas específicos que se encontram diminuídas. É extremamente importante que o doente generalize as aprendizagens que fez durante o processo terapêutico para o seu dia-a-dia. Outro método importante usado em demência é a **terapia pela música**. A terapia pela música ou musicoterapia é um método de intervenção que pode ser usado em qualquer fase da demência, pretendendo diminuir problemas comportamentais e cognitivos e melhorar o funcionamento social e emocional. Gregory (2002) usou a musicoterapia num grupo de idosos com defeito cognitivo, sem demência, e num grupo de idosos com a doença de Alzheimer, acabando por obter resultados muito positivos na estimulação da atenção, na dinamização da interação social entre doentes e cuidadores e no aumento de respostas afetivas. Esta técnica permite um relaxamento, importante numa fase inicial, para diminuir a ansiedade e facilitar o contacto com o doente. Assim, centradas na música, existem essencialmente duas técnicas, uma dita **receptiva** e outra dita **ativa**. A primeira centra-se na escuta de extratos musicais eventualmente relaxantes, sob indução musical, seguida de uma sessão de verbalização. A segunda consiste em fazer música, produzir o som e através deste melhorar o seu “eu”, facilitando a relação com o outro (Touchon e Portet, 2002). Folsom (1966) criou a **técnica de Orientação na Realidade** (TOR), outra técnica importante num programa de estimulação cognitiva para doentes com demência. A terapia de orientação para a realidade consiste num conjunto de técnicas simples, nas quais se proporciona ao doente informações básicas. Esta informação ajuda o doente a identificar com menos dificuldades o tempo, o espaço, a sua habitação, etc. O objetivo principal desta técnica é manter o doente orientado e evitar a perda de capacidades perceptivas. Pode ser aplicada de modo informal, no entanto, o modo formal com o apoio de técnicos especializados é aquele que proporciona resultados mais eficazes (Breuil e col, 1994). Os doentes são primeiro estimulados a responder espontaneamente e só depois é fornecida ajuda.

Os autores concluem que esta técnica influencia positivamente o desempenho cognitivo, com maiores resultados nas capacidades verbais, atrasando o declínio da doença em doentes com a doença de Alzheimer, sendo os melhores candidatos a esta terapia, os doentes que se encontram na fase moderada da doença e sem alterações comportamentais (Zanetti et al, 1995). Outros estudos controlados revelaram que os doentes submetidos à TOR apresentavam uma melhoria bastante significativa na orientação verbal, na atenção, no interesse pelo ambiente, no nível de interação social e no funcionamento intelectual, apesar de alguns autores concluírem que existe apenas melhorias nos itens de orientação que são os diretamente treinados (Burton M. 1982). No entanto, outros resultados apontam que a estimulação cognitiva usada na TOR melhora a capacidade dos doentes aprenderem informação nova (Zanetti et al, 1995). Outra modalidade de intervenção é a **Terapia da Reminiscência (TR)**, descrita pela primeira vez por Butler (1977), como um processo mental que, acontecendo de forma natural, potencia os idosos a falar sobre as suas experiências passadas e conflitos. Como técnica terapêutica foi abordada por Woods (1992) e foi usada em doentes com demência, em que a estimulação de memória é realizada através da memória remota, geralmente mantida até mais tarde na maioria dos doentes. As experiências passadas do doente são recordadas e através destas são desenvolvidos assuntos a partir da informação fornecida pelo próprio doente ou seja a partir das recordações do doente. A TR poderá ser utilizada individualmente ou em grupos. Nas sessões de TR os idosos são estimulados a falar sobre os seus acontecimentos de vida e poderão ser auxiliados por fotografias, música, vídeos, livros, jornais e artigos domésticos ou outros estímulos que possam ser eficazes. Kiernat et al (1979) realizou o primeiro estudo com idosos com demência, concluindo que, com esta técnica “a conversação pode ser estimulada, o interesse pode ser despertado e os períodos de atenção podem ser aumentados”. No entanto, é importante referir que este estudo não foi controlado e que os métodos de avaliação foram subjetivos (Spector A, Orrell M, Davies S, Woods RT, 2004).

Goldwasser et al (1987), usou determinados tópicos na terapia por reminiscência, nomeadamente: Alimentação, família, memórias precoces, adaptações, perdas, empregos e música. Segundo este autor, os benefícios obtidos através desta terapia é perdido após o período de cinco semanas, o que é também confirmado por Orten (1989). Assim, Orten et al (1989) sugere que a TR seja incluída de forma contínua na vida destes doentes e nas suas atividades diárias. Os autores Baines et al (1987) ressaltam que os doentes beneficiam mais da TR, quer na cognição quer no

comportamento, se forem primeiro estimulados através da Terapia Orientada para a Realidade (TOR). Outra técnica usada em programas de reabilitação para idosos com a doença de Alzheimer é a **Terapia da Validação (TV)**. Esta técnica foi desenvolvida por Naomi Feil (1967) entre 1963 e 1980, como uma terapia cujo objetivo prendia-se com a estimulação da comunicação entre idosos com defeito cognitivo e demência. Actualmente esta terapia tem sido muito usada em idosos com o diagnóstico de Alzheimer ou de outras demências relacionadas. A atuação do técnico prende-se com a escuta ativa do doente (escuta empática), compreendendo o significado individual da realidade do doente. Esta terapia baseia-se nos seguintes princípios: Todas as pessoas são únicas e devem ser tratadas com especificidade e individualidade; Todas as pessoas têm valor independentemente do seu grau de desorientação; Existe capacidade de raciocínio por de trás da desorientação dos indivíduos, mesmo nos mais idosos; o comportamento dos indivíduos idosos não é apenas o resultado de alterações anatómicas no cérebro, mas deriva também de uma combinação de alterações físicas, sociais e psicológicas que ocorrem ao longo da vida; as pessoas muito idosas não podem ser obrigadas a mudar o seu comportamento e os comportamentos só podem ser mudados se a pessoa os quiser mudar; as pessoas mais velhas devem ser aceites conforme são, sem julgamentos; determinadas tarefas estão associadas a fases de vida, pelo que a incapacidade de as realizar numa altura pode levar ao aparecimento de problemas psicológicos; quando a memória recente falha, os idosos procuram restaurá-la pela evocação de memórias antigas. Quando a vista falha, usam a visão mental. Quando o ouvido falha, ouvem os sons do passado; os sentimentos dolorosos diminuem quando são manifestados, compreendidos e validados por um alguém que os ouça e em quem o idoso confie; a empatia desenvolve a confiança, reduz a ansiedade e restitui a dignidade. Feil (1993) descreve que a Terapia da Validação, tem muitos benefícios, entre eles: recuperação da autoestima; redução da necessidade de apoios físicos e de medicamentos; diminuição do grau de alheamento em relação ao exterior; promoção da comunicação e interação com os outros; redução da tensão emocional e da ansiedade dos doentes; estimulação do potencial esquecido; permite a autonomia do doente por mais tempo. Kitwood (1997) concluiu que o principal ganho desta técnica concretiza-se ao nível do aumento de empatia entre o doente e o cuidador e entre o doente e a família.

## 9. Outras Técnicas de Estimulação Cognitiva

A parte das principais técnicas usadas com doentes com demência, acima descritas, existem muitas outras também importantes, nomeadamente, a **técnica de associação-face**, que implica a criação de imagens visuais, como estratégia para recordar o nome de pessoas. Assim, através de um conjunto de fotografias é pedido ao doente para que em cada fotografia escolha uma característica específica do rosto e ter em atenção que terá de fixar o nome daquele rosto; atribuir um nome ao rosto; ligar a característica que escolheu e o nome da imagem, por exemplo, o doente vê imagens de personagens e tenta decorar os seus nomes e, em seguida vê um filme em que essas mesmas personagens estão presentes e tentará recordar os seus nomes; em forma de conclusão é, pedido ao doente para referir os nomes das personagens e a característica escolhida. É importante tirar apontamentos do número de vezes que o doente não conseguiu recordar o nome das personagens e em que altura do dia (manha, tarde ou noite) ocorreu e, também do rosto ou o que sabe sobre a personagem. A técnica **de associação semântica verbal** consiste na associação do maior número possível de ideias a um determinado objeto, num determinado período de tempo, por exemplo cinco minutos. Miotto (2002) usou esta técnica para ajudar o doente a ter menos dificuldades em evocar o nome de determinados objetos. Nas sessões terapêuticas, os doentes tentavam diferentes associações entres os nomes e os objetos e se o nome dos objetos não fosse recuperado, registavam a falha e, se possível pediam à família e amigos para os ajudarem e dizerem o nome, mas só depois da tentativa do doente. Muitos autores defendem que o uso de técnicas combinadas em doentes com alzheimer é muito importante. Bottino (2002) estudou seis indivíduos com a doença de Alzheimer em fase ligeira. O estudo consistiu num ensaio clinico em que os doentes eram submetidos a um medicamento anti demência, por dois meses e seguidos de reabilitação cognitiva em sessões semanais, durante cinco meses. O autor verificou que os doentes obtiveram melhorias significativas ao nível da cognição e das atividades de vida diária assim como, assistiu a uma diminuição do nível de depressão e ansiedade e dos doentes. Outro aspeto muito importante na intervenção em doentes com Alzheimer é o papel da família. Alguns estudos mencionam que é muito importante existirem grupos de apoio para familiares e cuidadores de doentes o diagnóstico de Alzheimer. Usualmente, os grupos de apoio são orientados por psiquiatras ou psicólogos, sendo que o principal objectivo destes grupos é o esclarecimento de dúvidas de familiares e cuidadores sobre o desenvolvimento da



doença, além de potenciar a partilha de diversas experiências positivas e negativas entre os participantes do grupo. Uma iniciativa em Portugal deste género de grupo de apoio foi desenvolvida pela Associação Portuguesa de Familiares e Amigos de Doentes de Alzheimer (APFADA). E este tipo de intervenção com a família pode melhorar a qualidade de vida dos familiares e dos doentes de Alzheimer, uma vez o doente depende, essencialmente, do cuidado dos seus familiares/cuidadores. Assim, os grupos de apoio ajudam as famílias a lidarem melhor com a sobrecarga emocional e ocupacional originada pelo cuidado intensivo destes doentes. Jorm (1994), descreveu outras vantagens do envolvimento da família/cuidadores no processo terapêutico destes doentes, nomeadamente, a possibilidade de continuar o trabalho dos técnicos em casa, ou seja, proporcionar o treino cognitivo do doente no seu contexto habitacional, permitindo por sua vez, que este mantenha-se ativo por mais tempo e consiga realizar atividades e tarefas do dia-a-dia. Um programa de suporte para familiares/cuidadores de doentes com Alzheimer concluiu que os familiares que participaram nesta ação conseguiram cuidar dos seus familiares doentes em casa por mais tempo, atrasando a hospitalização ou institucionalização precoces destes indivíduos (Phillips LR, Morrison E, Steffl B, et al. 1995). Estes resultados mostram a importância do apoio que deve ser dado às famílias/cuidadores de doentes com Alzheimer, ajudando à redução da ansiedade e da depressão em familiares e, consequentemente à melhoria da qualidade de vida dos doentes e de suas famílias.

É importante referir que, deverá, sempre que possível envolver o familiar/cuidador se envolva no processo terapêutico, no entanto, cada caso é único, ou seja, se para um doente de Alzheimer a intervenção da família resultar positivamente, para outro doente pode resultar negativamente, daí que seja importante que o envolvimento da família seja uma questão analisar em cada caso, tendo em consideração qual é o membro da família ou cuidador que tenha disponibilidade para participar no processo terapêutico, se este tem capacidade emocional para essa tarefa e se relação entre o familiar e o doente era positiva.

## **10. Respostas sociais:**

### **10.1 Valências generalistas e ambientes adequados para idosos com a doença de Alzheimer**

A complexidade da maioria das situações clínicas dos idosos com demência implica uma abordagem multidimensional e multi-setorial dos problemas pelo que o acompanhamento do doente através de uma equipa especializada é um factor essencial. A melhoria das condições assistenciais permite uma melhoria significativa das condições de vida de muitos idosos com doença mental, sendo mais favorável para o doente a sua manutenção no ambiente que para ele era natural, requisito indispensável para a maior qualidade da sua sobrevivência e a redução dos custos envolvidos. O processo de reabilitação do doente de Alzheimer é muito importante para o retardamento da institucionalização do doente momento decisivo e em geral negativo na evolução clínica das pessoas portadoras de demência (Bento A, Carreira M, Heitor MJ. 2001). A proliferação da família nuclear, típica da sociedade moderna, torna mais difícil o convívio/acolhimento dos familiares portadores de doença mental em casa.

As famílias são, usualmente, um grupo pequeno de pessoas constituído por um casal e um ou dois filhos, residem em habitações pouco espaçosas e durante o dia estão todos ausentes, no trabalho e na escola. Assim, coloca-se o problema de como cuidar de uma pessoa com demência proporcionando-lhe qualidade de vida e bem-estar emocional e físico. Os cuidadores/familiares ficam assim com uma sobrecarga de trabalho por terem de assumir tarefas nunca antes realizadas, por desconhecimento sobre a forma como a doença se manifesta e a forma de lidar com essas manifestações, e concomitantemente perdem liberdade, que se manifesta nomeadamente na incapacidade de usufruir de tempos livres, de lazer, férias, fins-de-semana, etc... (Garret, 2005).

Na maioria das vezes, são os fatores acima descritos que levam o cuidador a procurar apoio social para cuidar do seu familiar, surgindo a institucionalização como a opção mais frequente na expectativa de encontrar um estabelecimento especializado.

### **10.2 Respostas tradicionais**

A valência **Estruturas residenciais para idosos** baseia-se num alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, para a população mais velha que se encontre em risco de perda de independência ou de autonomia. Este tipo de residências

para idosos visam providenciar serviços permanentes adequados aos problemas que os mais velhos enfrentam, contribuindo para o retardamento do envelhecimento e para a melhoria da qualidade de vida dos idosos. Os lares promovem os apoios necessários às famílias dos idosos, fortalecem as relações inter-familiar e a integração na comunidade. A maioria dos lares não está preparado para receber doentes com o diagnóstico de Alzheimer, por várias razões, não possuem técnicos suficientes, não possuem infraestruturas nem físicas, nem humanas para fazer face a este problema. **Centro de Dia** é outra resposta social, desenvolvida em equipamentos, que consiste na prestação de um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção dos idosos no seu contexto habitacional, o que é normalmente muito positivo, principalmente em doentes com demência. Os centros de dia pretendem satisfazer as necessidades básicas dos idosos, prestar apoio social, ocupar física e mentalmente através de diversas atividades, fomentar as relações interpessoais entre os idosos e destes com outros grupos etários, evitando o isolamento social. **Centros de noite** são uma resposta social, desenvolvido também a partir de um equipamento ou de uma estrutura já existente e integrada com outros equipamentos sociais (exemplo: centro de dia, lar ou outra), dirigida sobretudo a idosos autónomos que realizem as suas atividades de vida diária no domicílio, mas que durante a noite, por motivo de segurança ou isolamento, necessitam de algum acompanhamento. Este tipo de resposta social é inadequada para doentes com Alzheimer, uma vez que, estes doentes não necessitam apenas de apoio noturno, mas também durante o dia já não conseguem fazer face às suas atividades de vida diária e aos cuidados de vida diária, como a higienização, a alimentação, etc. Assim, este tipo de equipamento é mais adequado à população idosa autónoma. Os **Hospitais** são na nossa sociedade um equipamento de muita importância, no entanto não são adequados para este tipo de situação. Um hospital tem como objetivo a prestação de cuidados de saúde em tempo oportuno. A doença de Alzheimer é um diagnóstico irreversível, sendo que não é exequível para o hospital manter o doente por tempo ilimitado. Desta forma, os doentes são, através dos hospitais, encaminhados para outras respostas sociais. As **Unidades de Cuidados Continuados** têm como principal objetivo promover a reabilitação, bem-estar e qualidade de vida da pessoa com vista, sempre que possível, à sua reintegração sociofamiliar. Este tipo de equipamento dispõe de internamento de média e longa duração, mas nunca por um período indeterminado. O **Apoio Domiciliário** é uma resposta social que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio a indivíduos e família quando, por

motivo de doença, deficiência, invalidez temporária e permanente ou outro impedimento, não possam assegurar a satisfação das suas necessidades básicas e ou as atividades de vida diária. O apoio domiciliário tem como objetivos melhorar a qualidade de vida das pessoas e famílias; prevenir situações de dependência e promover a autonomia; prestar cuidados físicos e apoio psicossocial aos utentes e famílias, melhorando, assim o seu bem-estar físico e emocional; apoiar os utentes e famílias na satisfação das necessidades básicas e atividades da vida diária e assegurar o acesso à prestação de cuidados de saúde. Maioritariamente, esta resposta foi desenvolvida por IPSS e Misericórdias, onde prestavam cuidados de vida diária na residência dos utentes. Atualmente, o apoio domiciliário ganhou outra dimensão através das empresas privadas de apoio domiciliário que foram entrando no nosso mercado. Os serviços prestados por estas empresas são inovadores, nomeadamente, são prestados serviços muito diversificados, como, companhia ao utente, a ida ao médico, ao cabeleireiro, passear com o utente, terapia ocupacional ao domicílio, para além de todos os cuidados de vida diária. É importante referir que, apesar desta iniciativa privada ser inovadora e oferecer serviços de qualidade, ainda não é comparticipada pelo Estado, o que dificulta o acesso a estes serviços a uma grande parte da população com dificuldades económicas. Um bom serviço de Apoio Domiciliário seria uma resposta bastante adequada para doentes com Alzheimer, uma vez que estes não iriam sentir o *stress* da saída do seu quarto, da sua habitação. Assim, seria mais benéfico para o doente ser cuidado no seu ambiente quotidiano através do apoio de técnicos especializados e do apoio da sua família.

### **10.3 Ambientes e/ou respostas sociais adequados para doentes com Alzheimer**

As políticas de saúde não têm prestado grande atenção aos problemas do envelhecimento e, de forma particular, aos das pessoas mais velhas. As questões relativas à saúde mental são também, normalmente, negligenciadas

Desta forma, entendemos a razão de não existirem mais serviços de auxílio aos idosos com demência e às suas famílias. Maioritariamente, as respostas existentes são muito dispersas e não integradas num plano de apoio específico às necessidades destes doentes, a maioria das quais de génese privada ou social, aqui se incluindo as da Instituições Privadas de Solidariedade Social (IPSS). É de referir, mais uma vez, a importância de criar mais estruturas com programas específicos de reabilitação destes doentes, uma vez que, ao longo dos processos demenciais, o papel destas estruturas será fundamental através da intervenção nos aspetos psicológicos e comportamentais, no

acompanhamento e no cuidado dos doentes. Desde a fase inicial da doença de Alzheimer que, o doente começa aperceber-se das suas dificuldades cognitivas e das repercussões no seu dia-a-dia, até às alterações comportamentais mais graves das fases tardias da demência, pondo o doente em risco e os seus cuidadores em franco desgaste, sendo que a atenção ao bem-estar psíquico de um e de outros é determinante no evoluir da doença, justificando a intervenção de equipas multidisciplinares especializadas nesta área. Tendo em conta, a emergência do problema, tem surgido por toda a Europa, mas também nos Estados Unidos, Canadá, Austrália e Nova Zelândia, serviços de saúde mental com a atuação de equipas multidisciplinares e atuando em situações múltiplas, que garantem um acompanhamento da situação clínica do doente e da sua envolvente sociofamiliar e/ou institucional.

A Alzheimer Portugal é exemplo disso, sendo que se define como uma organização europeia que envolve atualmente 30 países europeus, entre os quais em Portugal. Alzheimer Portugal desde 2008 que trabalha com o compromisso de combater as doenças neuro degenerativas, em especial a doença de Alzheimer. Relativamente a outros países, alguns já possuem um plano de saúde direcionado para a doença de Alzheimer, como é o caso de França. O reino Unido elaborou um documento legislativo da capacidade mental que promove o direito das pessoas tomarem as suas próprias decisões e protege as pessoas em situação de incapacidade, fornecendo-lhes um enquadramento flexível que coloca os indivíduos no centro do processo de tomada de decisão. A Noruega também tem um plano de intervenção para doentes com Alzheimer, integrado no plano geral de saúde hospitalar. A Alemanha dispõe de leis que protegem pessoas com a doença de Alzheimer ou outra demência, sendo que estas têm direito a um seguro para cuidados de saúde e um seguro para cuidados de longa duração quer no domicílio, onde o familiar pode optar por ser ele próprio a cuidar ou optar por um cuidador formal. Espanha não detém um Plano Nacional para as demências, no entanto desenvolveu ao longo dos tempos muitas iniciativas ao nível da reabilitação de pessoas com a doença de Alzheimer e um enquadramento legal para pessoas em situação de incapacidade que permite, por exemplo, que estas antecipem a sua vontade sobre futuros cuidados, tratamento da sua saúde ou em caso de falecimento para que seja cumprido. (Castro, A. De Alexandre, 2016). Relativamente a Portugal, que é o que mais nos interessa, alguns estudos efetuados pela Direcção-Geral da Saúde sobre a procura de cuidados de psiquiatria, baseados no Censo Psiquiátrico Nacional realizado em

Novembro de 2001 em 66 instituições de psiquiatria e saúde mental, publicas e privadas, e num inquérito efetuado em Julho de 2003, sobre a situação de assistência às pessoas idosas, a que 44 delas responderam, permitiram concluir que, embora sejam prestados cuidados a idosos, eles são insuficientes quando comparados com os modelos praticados noutros países europeus. (A. Bento, M. Carreira e M. João Heitor, Saúde). A totalidade dos hospitais psiquiátricos públicos, a maioria das instituições privadas e metade dos departamentos e serviços de psiquiatria em hospitais gerais, garantem o internamento de pessoas idosas, mas apenas cerca de metade o faz em instalações específicas e cerca de um terço dispõe de internamento parcial. Os hospitais também fornecem uma consulta externa específica para os idosos, o que acontece em apenas metade das restantes instituições, enquanto o apoio domiciliário regular é apenas pontual. Como conseguimos ver através da informação descrita acima, esta situação resulta em grande parte das iniciativas descoordenadas que surgem um pouco dispersas pelo país, geralmente tendo que fazer face a muitos constrangimentos de recursos e em geral dependentes do esforço isolado e do empenhamento de alguns. Vamos, agora então, descrever as iniciativas que existem em Portugal para apoiar doentes com Alzheimer:

**A Unidade de Psicogeriatria do Hospital de Magalhães Lemos** é exemplo de um ambiente adequado para receber pessoas com a doença de Alzheimer. Esta unidade situa-se no Porto, sendo que é uma experiência que nasceu fruto de um projeto apresentado em Maio de 1995, por uma equipa multidisciplinar composto por psiquiatras, enfermeiros de saúde mental e psiquiatria, psicólogos e assistentes sociais, a que mais tarde se juntou uma terapeuta ocupacional. Este projecto tem como objetivos: Desenvolver estratégias de cuidados de saúde, mental e de melhoria da qualidade de vida de uma categoria social específica – os idosos, numa área assistencial delimitada, a do Hospital de Magalhães Lemos, na perspetiva plena do idoso, prevenindo a sua deterioração física, psíquica e social, tentando o máximo grau de autonomia para que ele possa integrar todos ou, pelo menos, os principais domínios da atividade humana: a individualidade, a família e a sociedade; Garantir melhores condições assistenciais aos idosos, em que o cuidado é sempre diferenciado com respeito pelo carácter específico das necessidades de cada um, procurando sempre a articulação com a rede de cuidados de saúde; oferecer uma resposta organizada e inovadora, adequada às características e necessidades da população idosa com problemas de saúde mental; promover a

integração comunitária e interinstitucional que permita uma abordagem multidimensional do idoso aos vários níveis, procurando estabelecer uma rede integrada de cuidados de saúde mental; implementar atividades de estudo, investigação e formação – como lhe compete enquanto parte integrante de um Hospital Central Especializado. As actividades desta unidade desenvolvem-se tendo como meta alcançar estes objetivos. A equipa multidisciplinar constituída para o efeito, o programa de atividades, a hospitalização parcial e o internamento completo, possibilitam o desenvolvimento de uma estratégia assistencial centrada no doente e com uma grande flexibilidade de ajustamento às reais necessidades dos doentes. O acesso a esta unidade faz-se, maioritariamente, por referência dos Centros de Saúde da área demográfica abrangida ao Hospital. A intervenção desta unidade é baseada numa avaliação multidimensional, através da elaboração de um plano de intervenção avaliado periodicamente, em que funcionam em sintonia toda a equipa da unidade, nomeadamente, a enfermagem especializada em saúde mental e psiquiatria, social e de reabilitação. O processo inicia-se com uma avaliação e, posteriormente, é desenhado um plano de intervenção, desenvolvido por todos os técnicos que integram a equipa multidisciplinar, o doente e o cuidador. Para este efeito, é realizada uma visita domiciliária em que a equipa de enfermagem reúne toda a informação importante sobre o doente e a história da doença, avalia o estado mental do doente e da sua autonomia, as condições em que vive e o tipo de relações que tem com familiares e cuidadores. Relativamente ao espaço físico, a unidade tem capacidade de internamento de 12 camas, para situações agudas ou programadas; um centro de dia para 8 vagas; de consulta externa, apoio domiciliário e de apoio telefónico permanente, permitindo um contato permanente entre a unidade, o doente e/ou cuidador. Na fase seguinte, são realizadas consultas no domicílio assegurando a continuidade dos cuidados aos doentes, fator crucial no processo de reabilitação dos doentes. Esta unidade também dá apoio e suporte à família dos doentes, através de um grupo de ajuda mútua para os familiares e cuidadores de idosos portadores de demência que reúne semanalmente na unidade. Para este efeito, existem também as intervenções para alívio dos cuidadores, que podem envolver a admissão dos idosos na área de dia ou no internamento completo, em regimes tão variados e flexíveis quanto possível, de forma ajustar em cada momento a resposta às necessidades identificadas.

Outro exemplo destas iniciativas é, a Alzheimer Portugal que tem vindo a desenvolver um trabalho muito próximo junto da população com demência e, baseada nos seguintes pressupostos: “sensibilizar para a urgência de um Plano Nacional Alzheimer e disponibilizar o seu conhecimento e experiencia na criação e implementação do plano; desenvolver campanhas nacionais e locais de informação sobre a doença, as suas características e formas de intervenção; alertar para a importância do diagnóstico precoce, valorizando o papel dos especialistas na deteção dos primeiros sinais da demência e encaminhamento para a consulta de Neurologia ou Psiquiatria; valorização do papel dos cuidadores e do reconhecimento das suas necessidades e direitos específicos; integração do estudo da demência como matéria obrigatória na formação médica; desenvolver ações de formação para cuidadores; criação de serviços e equipamentos modelo com vista à aprendizagem e partilha de melhores práticas”. A Associação Alzheimer possui 4 equipamentos distintos, nomeadamente:

O Lar e Centro de Dia Casa do Alecrim, localizado no Estoril;

O Centro De Dia Professor Doutor Carlos Garcia, em Lisboa;

O Centro De Dia Memória De Mim, localizado em Matozinhos;

O Centro De Dia Do Marques, Pombal.

O lar e centros de dia que a Alzheimer Portugal congrega são estruturas que possuem características próprias para pessoas com a doença de Alzheimer. Uma característica que diferencia estes equipamentos da resposta social, tradicional, de um lar é o facto de possuírem uma equipa multidisciplinar, composta por psicólogo, assistentes sociais, psiquiatra, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, enfermeiro e médico de clínica geral. Outro exemplo, em Portugal, de uma unidade de cuidados para pessoas com a doença de Alzheimer é, o Hospital do Mar, localizado em Lisboa. O Hospital do Mar, para além de outros serviços, possui uma área própria com características arquitetónicas concebida especialmente para as demências. Este Hospital também tem uma equipa de trabalho multidisciplinar com formação ao nível da doença de Alzheimer.

Por fim, o ultimo exemplo no nosso país é, a Unidade De Dia em Braga, uma unidade que abriu muito recentemente mas que dispõe de um serviço especializado na área da doença de Alzheimer e outras demências em que o atendimento é personalizado e humanizado, assegurado por uma equipa de técnicos especializados. Em forma de



conclusão, podemos referir que estes equipamentos que foram surgindo com o objetivo de dar uma resposta adequada a pessoas com demência, fogem às respostas tradicionais, por todas estas características diferenciadoras que foram referidas acima e, por esses motivos são a resposta mais adequada para receber pessoas com demência.

## CAPÍTULO III – MÉTODOS E TÉCNICAS DE INVESTIGAÇÃO

### Metodologia de Investigação

Após a definição do problema escolhido para análise, *a criação de uma pequena unidade de dia com um programa de atividades específico para pessoas com a doença de Alzheimer*, surge a necessidade de escolher a estratégia de trabalho a adotar, ou seja a metodologia. Metodologia “é o conjunto de princípios e de regras subjacentes a uma estrutura de pensamento ou a um processo de questionamento” (Oliveira, 2013, p. 11) que, por sua vez, é posta em prática mediante a utilização de métodos – de natureza teórica, experimental, estatística, ou outra – que mais não são do que instrumentos de implementação da estratégia a seguir (Oliveira, 2013).

Desta forma optou-se por uma intervenção baseada em metodologias de caráter qualitativo que permitiram a análise de sentimentos, necessidades dos doentes, experiências e expectativas. Segundo Quivy e Campenhoudt (2005) e Campenhoudt (2005), a metodologia qualitativa permite compreender a variedade de práticas e interações que possam ter impacto na estrutura identitária dos indivíduos e os significados que lhes são atribuídos pelos atores através das suas relações sociais. Diferentes estilos ou abordagens usam métodos ou técnicas de recolha de informação diferentes. No entanto, não há nenhuma abordagem que determine ou exclua qualquer método em particular, sendo que o importante é, escolher uma abordagem e métodos de recolha de dados escolhidos que coloquem em sintonia a natureza do estudo, o tipo de informação que se visa obter e as condições nas quais a investigação será realizada (Bell, 2008). Assim usamos o método de estudo de caso, que implica um estudo intensivo e detalhado de uma entidade definida (Coutinho, 2011).

O “caso” específico foi o dos utentes com demência de Alzheimer inseridos em centro de dia, no Centro Social de Arões. As metodologias qualitativas colocam o seu enfoque na compreensão do significado das ações humanas, dada a pluralidade dos universos de vida, assim como dos fenómenos sociais, à luz da sua complexidade contextual (Coutinho, 2011).

Para este efeito, utilizei diferentes técnicas, nomeadamente: pesquisa bibliográfica e documental, observação direta e participante, entrevistas semi estruturadas e análise de conteúdo.

## Técnicas de recolha de dados

Relativamente à **pesquisa bibliográfica** é necessário compreender que qualquer investigação implica identificar todo o conhecimento envolvente e o que já foi estudado por outros investigadores que se relacione com o fenómeno em estudo. Assim, a pesquisa bibliográfica sobre a doença de Alzheimer e os contributos existentes para a melhoria das condições de vida das pessoas com a doença de Alzheimer permitiu-me fundamentar argumentos e conclusões deste projeto. Nesse sentido, foram consultados livros, catálogos bibliográficos, artigos publicados em revistas de especialidade, teses de mestrado, etc. Todas estas fontes contribuíram, fundamentalmente, para o aprofundamento do conhecimento deste fenómeno e para a melhoria do trabalho que tenho vindo a desenvolver com estes doentes.

Entende-se por pesquisa bibliográfica a revisão da literatura sobre as principais teorias que norteiam o trabalho científico. Essa revisão é o que chamamos de levantamento bibliográfico ou revisão bibliográfica, a qual pode ser realizada em livros, periódicos, artigo de jornais, sites da Internet entre outras fontes (Bocato (2006, p.265). É importante, referir que, também, foi recolhida informações de documentos referentes ao lar, Centro Social de Arões, onde realizei o projeto, nomeadamente, processos individuais dos utentes, atas, atos de ocorrências, circulares, entre outros documentos que considerei importante para o projeto. Com o auxílio destes documentos, descobri novos aspetos sobre a problemática analisada, complementei o meu estudo com informações obtidas, assim como recolhi dados que auxiliaram a caracterização dos utentes com demência do lar em questão e a programação de um plano de atividades específico para estes doentes.

Outra técnica, utilizada, a **observação**, através da qual “o investigador consegue documentar atividades, comportamentos e características físicas sem ter de depender da vontade e capacidade de terceiras pessoas” (Coutinho, 2013). A observação é a técnica por excelência para estudar fenómenos através das manifestações comportamentais (Azevedo & Azevedo, 2008). É importante, ter em conta, que a observação torna-se um instrumento de recolha de dados credível, quando o investigador parte para o terreno com um protocolo de observação pré-definido e estruturado, em função das dimensões que pretende observar. Trata-se de instrumentos de observação “estandardizados, constituídos por um conjunto de itens acompanhados por protocolos padronizados de respostas codificadas em categorias”

(Coutinho, 2013). Um exemplo deste tipo de instrumento são as grelhas de observação que usei. A grelha de observação incluiu um conjunto de indicadores destinados, essencialmente a retratar a vivência dos idosos com demência, os espaços que recebem estes doentes e as atividades existentes para estes e, identificar os aspetos mais positivos e potenciadores de mudança na vida destes doentes.

No que diz respeito à delimitação da configuração espaço-temporal da observação, esta foi realizada em três unidades de dia distintas que recebem idosos com a doença de Alzheimer, nomeadamente, a unidade de dia Memória de Mim, em Matosinhos, a unidade de dia São João de Deus, no Porto, e a Fundação Domus Fraternitas, em Braga e, também foi observada informações pertinentes através da realização de atividades que realizei, específicas para dez idosos com a doença de Alzheimer, no Centro social de Arões, em Fafe.

Relativamente ao grau de envolvimento do observador no campo do objeto de estudo, optei pela observação participante e não participante. Na observação participante, é o próprio investigador o instrumento de observação. Ele integra o meio a observar, e integra o papel de ator social podendo assim ter acesso às perspetivas de outros indivíduos ao viver os mesmos problemas e situações que eles. Assim, a participação tem como objetivo recolher dados sobre ações, opiniões ou perspetivas, aos quais um observador exterior não teria acesso. A escolha desta tipologia de observação radica na forma como o observador está inserido na realidade do trabalho de campo, sendo que o meu papel como observadora participante foi privilegiado, sendo que pude observar, através do local onde desempenho a minha atividade profissional, assumindo sempre um duplo papel de “trabalhadora estudante”, de forma a evitar quaisquer questões éticas.

A este propósito Bogdan & Biklen (1994) referem que “ os investigadores qualitativos tentam interagir com os seus sujeitos de forma natural, não intrusiva e não ameaçadora (...) Como os investigadores qualitativos estão interessados no modo como as pessoas normalmente se comportam e pensam nos seus ambientes naturais, tentam agir de modo a que as atividades que ocorrem na sua presença não difiram significativamente daquilo que se passa na sua ausência” (Bogdan & Biklen, 1994)

Relativamente, à observação não participante, foi importante no desenvolvimento do meu projeto pois, permitiu-me observar e obter conhecimentos das boas práticas existentes de determinadas unidades que recebem idosos com a doença de Alzheimer, onde estes usufruem de atividades especificamente desenvolvidas para as suas necessidades. Este tipo de observação permitiu enriquecer a minha proposta de atividades para idosos com a doença de Alzheimer.

Na observação não participante, o investigador não interage de forma alguma com o objeto de estudo no momento em que realiza a observação, logo não poderá ser considerado participante. Este tipo de técnica reduz substancialmente a interferência do observador no observado e permite o uso de instrumentos de registo sem influenciar o objeto de estudo (Bogdan R., Biklen S., 1994).

Outra técnica usada, a **entrevista**, sendo que esta é uma das técnicas mais utilizadas na investigação social. Pode-se definir a entrevista como uma “técnica em que o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe formula perguntas, com o objetivo de obtenção dos dados que interessam à investigação (...) é portanto, uma forma de interação social (...) uma forma de diálogo assimétrico, em que uma das partes busca coletar dados e a outra se apresenta como fonte de informação” (Gil, 2008). Para o meu trabalho em concreto, optei pelo uso da entrevista semiestruturada, uma vez que pretendi obter informação detalhada e profunda sobre atuação e funcionamento de unidades específicas para idosos com a doença de Alzheimer, as melhores experiências e práticas, os programas de reabilitação, etc. Para esse propósito, as entrevistas foram realizadas a atores cuidadosamente selecionados, designadamente, terapeutas em unidades de dia para idosos com a doença de Alzheimer, uma vez que são informantes privilegiados do tipo de trabalho que se desenvolve em Portugal com idosos com a doença de Alzheimer. As entrevistas foram conduzidas face-a-face com o auxílio de guiões, semiestruturados, composto por questões essencialmente do tipo aberto para que o entrevistado pudesse exprimir e justificar livremente a sua opinião mas sem que se permitisse o desvio do objeto de estudo perspetivado. Na entrevista, também, houve uma parte que referia perguntas fechadas para caracterizar alguns elementos essenciais à pesquisa, como por exemplo, idade, género, etc. Recorri, apenas à anotação das informações no decorrer das entrevistas.

Outra técnica de recolha de informação, foi a recolha de **histórias de vida** de dez idosos com a doença de Alzheimer, frequentadores do Centro Social de Arões. As histórias de vida podem referenciar quer um produto, quer o processo ou meios para o obter. Recuperam todo um conjunto de procedimentos, para a recolha de informação social, cuja especificidade reside na orientação biográfica e no registo extenso da vida de uma pessoa (Langness, 1965:4).

Sem perder de vista o princípio de que a seleção das técnicas a usar em cada investigação concreta faz-se em função do “objeto a construir e das hipóteses teóricas que comandam a pesquisa” (Almeida e Pinto, 1980: 79) entende-se que a utilização das histórias de vida apresentam algumas virtualidades que permitem obter informações fundamentais à identificação e restituição de percursos individuais, familiares e sociais, de outra forma inacessíveis. “Em situações caracterizadas pela ausência ou escassez de documentos, as tradições orais poderão, ser os seus substitutos” (Tonkin, 86:205).

## CAPITULO IV – DESENHO DO PROJETO

O presente projecto de investigação tem dois momentos distintos, nomeadamente, a procura de melhores praticas de reabilitação de idosos com a doença de Alzheimer em ambientes adequados, ou seja, respostas sociais que sejam adequadas para tratar este tipo de doentes e num segundo momento, pretendi usar o conhecimento obtido para criar um programa de reabilitação para idosos com a doença de Alzheimer e pô-lo em pratica no lugar onde desenvolvo a minha actividade profissional.

Além do interesse pela área, no trabalho que desenvolvo profissionalmente como assistente social, surgiu a necessidade de dar resposta a este tipo de doentes, uma resposta diferenciadora na vida deles que fosse ao encontro das suas verdadeiras necessidades.

Para o efeito, realizei três visitas, nomeadamente, à Unidade de Dia Memória de Mim, Centro de Dia São João de Deus e a Unidade de Dia Domus Fraternitas. Relativamente, à Unidade de Dia Memória de Mim, esta localiza-se em Lavra concelho de Matosinhos. A unidade é gerida por uma técnica de psicologia que conta com o apoio de uma terapeuta ocupacional e de uma enfermeira, assim como de quatro auxiliares de geriatria. Todo o corpo de trabalho desta unidade possui formação específica na doença de Alzheimer.

*“A formação na demência de Alzheimer é muito importante, uma vez que vai nos permitir lidar melhor com os doentes, colocarmo-nos no papel do outro e entendermos determinados comportamentos como por exemplo o risco de fuga (...) sendo que os doentes de Alzheimer não fogem, pretendem é voltar para a sua casa e para os seus afazeres normais, o emprego, cuidar dos filhos, uma vez que estes não estão em 2017 como nós...e não reconhecem o lugar onde estão”* ((Directora Unidade) Memória de Mim).

Esta unidade integra quinze utentes, todos com demência, sendo obrigatório um relatório médico que diagnostique a demência. *“Não podemos aceitar idosos que não tenham uma demência diagnosticada, sendo este um fator obrigatório para a entrada nesta unidade ...”* *“Esta unidade é destinada a idosos que estejam na fase inicial ou intermédia da doença, uma vez que não faz sentido tentar reabilitar um idoso que já não consiga por exemplo entrar na carrinha para vir para o centro de dia...”* (idem )

Quando os idosos dão entrada na unidade, é realizada uma avaliação prévia com a ajuda do cuidador ou familiar, no sentido de conhecer a história de vida da pessoa, as suas dificuldades no dia-à-dia, etc. Posteriormente, terapeuta ocupacional faz uma avaliação das capacidades do idoso, das dificuldades que tem e das suas principais necessidades. *“É importante percebemos os problemas do idoso e as suas necessidades individuais para elaborar um plano de atividades que se adequa a ele”* (Terapeuta Ocupacional)

Relativamente ao programa de atividades para estes doentes, existe um plano de atividades semanal que trabalha em simultâneo a parte motora e cognitiva. *“É muito importante trabalhar a parte motora a par da cognitiva, porque o doente de Alzheimer não perde apenas capacidades cognitivas, mas também perde capacidades motoras que podem leva-lo a deixar de andar e de poder fazer as suas atividades de vida diária”* (Terapeuta Ocupacional)

“Realizamos actividades como a leitura de notícias com o recurso ao computador e televisão para o doente acompanhar as notícias, atividades de orientação, como identificar o dia, mês e ano em que estamos, caminhadas, etc. “ *“Temos o dia da música, o dia de relembrar o passado (...) e sempre que possível trabalhamos a estimulação cognitiva individual, através de jogos de memória, linguagem...sendo que é muito importante realizar exercícios orientados para a realidade, como por exemplo, cozinhar, arrumar, gerir dinheiro, etc que permitam ao doente manter capacidades e relembrar outras ”*( Terapeuta Ocupacional) *“Uma simples conversa pode estimular o doente ”* (Directora da Unidade)

*“É extremamente importante ajudar estes doentes e estimulá-los de forma a que estes não percam as capacidades que ainda detêm, de forma a melhorar a qualidade de vida dos mesmos através da sua autonomia...às vezes, o nosso trabalho é por tentativa erro, nem sempre o que resulta num doente vai resultar noutro, sendo preciso criar empatia com os doentes para os compreendermos e adequarmos a terapia a cada um”* (Terapeuta Ocupacional)

Relativa ao espaço físico, esta unidade dispõe de uma copa, um salão grande com uma área de sofás e mesas, uma sala, de cor amarela, para trabalhar a estimulação cognitiva individual ou em grupo e uma sala, de cor verde e decoração com fotos familiares aos doentes, com o propósito de fazer atividades de relaxamento ou de leitura. *“As sessões de relaxamento são muito importantes para estes doentes quando estes se encontram desorientados e agressivos* (Terapeuta Ocupacional)



*“Relativamente ao ambiente físico, são importantes as delimitações das salas com cores nos rodapés por exemplo, devido às transformações de percepção características num doente com Alzheimer”* (Terapeuta Ocupacional)

*“É de louvar estas iniciativas que são ambientes mais adequados para receber idosos com demência, uma vez que estão mais preparados a todos os níveis que as respostas sociais tradicionais”* (Directora Unidade))

A segunda unidade de dia visitada foi Centro Hospitalar Conde de Ferreira no Porto. Esta unidade foi criada devido à carência na área de prestação de cuidados de psiquiatria e saúde mental às pessoas idosas. *“Cada vez é mais urgente o auxílio a estes doentes e às suas famílias, sendo já uma enorme preocupação social devido ao número crescente de casos diagnosticados de Alzheimer”* (Directora Unidade)

O principal objectivo deste projeto é, o desenvolvimento de estratégias de cuidados de saúde mental e de melhoria da qualidade de vida dos idosos, prevenindo a sua detioração física, psíquica e social, tentando o máximo grau de autonomia para que o doente possa continuar a desenvolver os principais domínios da atividade humana: a individualidade, a família e a sociedade. *“Trabalhamos para reabilitar, de facto, estes doentes com o auxílio de uma equipa multidisciplinar composta por psiquiatras, enfermeiros de saúde mental e psiquiatria, psicólogos e assistentes sociais.”* (Directora Unidade)

*“A nossa estratégia é sempre centrada no doente e ajustada às suas necessidades reais”* (Directora Unidade) A intervenção desta unidade assenta numa avaliação multidimensional, na elaboração de um plano de intervenção, exaustivo mas dinâmico e num processo de avaliação periódica dos resultados. *“Quando é admitido um doente novo é efetuada uma avaliação e, desenhado um plano de intervenção (...)”* (Directora Unidade)

Esta Unidade dispõe de um internamento com capacidade para doze camas, para situações agudas ou programadas, de uma unidade de dia com capacidade para oito lugares, consulta externa, apoio domiciliário e apoio telefónico permanente. *“Consideramos muito importante o serviço de apoio domiciliário, uma vez que nos permite entender as condições em que vive e o tipo de relações que tem com familiares e cuidadores, as dificuldades que tem no seu quotidiano e a autonomia que ainda tem (...)”* *“O trabalho realizado nos domicílios dos utentes tem maior expressão, pois é*

*onde estes se sentem mais seguros e, por consequência onde é mais fácil trabalhar com eles (...) o trabalho no domicílio também assegura a continuidade dos cuidados, determinando o tipo de evolução que se vai verificando no estado dos doentes, e identifica necessidades novas, permitindo adequar o plano de cuidados a qualquer momento”* (Directora Unidade) A parcela do trabalho domiciliário desenvolvido nesta unidade, consiste também, entre outros aspetos, no esclarecimento relativamente a doença e seu curso, das diversas dúvidas que os cuidadores possam referir, assim como na abordagem teórico-prática das diferentes técnicas, seja de mobilização ou prestação de cuidados de higiene, ou no ensino de estratégias para os cuidadores lidarem com alterações comportamentais, ou identificarem e eliminarem situações de risco. *“Também, consideramos igualmente importante as intervenções para alívio dos cuidadores, que podem envolver a admissão dos idosos na área de dia ou no internamento completo, em regimes variados e flexíveis respondendo aos anseios da família (...)”* (Directora Unidade) *“Outro serviço inovador, na minha opinião, é o nosso apoio telefónico, 24 horas por dia, que o cuidador tem à sua disponibilização (...)”* (Directora Unidade). Além da entrevista à directora desta unidade, não foi possível visitar as instalações. No entanto, através da informação recolhida na entrevista e de outros dados recolhidos através de pesquisa bibliográfica, permitiu-me reconhecer a importância desta unidade no Porto, uma vez que é mais um exemplo de um ambiente adequado para idosos com a demência de Alzheimer, cujos serviços são bastante inovadores e próximos do doente e familiares. É importante, referir que este equipamento para além da unidade de dia, dispõe de uma unidade de internamento, o que é muito relevante pois o auxílio a estes doentes não se esgota apenas na reabilitação, sendo que o planeamento dos cuidados deve garantir a sua manutenção até ao acidente terminal, com garantia do respeito pela dignidade da pessoa. A terceira Unidade que tínhamos previsto visitar foi um Projecto muito recente, a “Unidade de Dia Domus Fraternitas”, em Braga que não se mostrou disponível.

## **1.Descrição e reflexão da intervenção**

### **Objetivos**

Identificar espaços adequados para receber idosos com a doença de Alzheimer.

- Potenciar a reabilitação de idosos com a demência de Alzheimer.
- Contribuir para a redução da velocidade do declínio da doença de Alzheimer nos utentes do Centro Social de Arões, beneficiando doentes e cuidadores.

### **Ações desenvolvidas**

Remodelação de duas salas distintas, em contexto de uma estrutura residencial para idosos, para realizar sessões de terapia para doentes de Alzheimer

Implementação de terapias de grupo, específicas para doentes de Alzheimer, semanalmente

Criação de um grupo de ajuda e troca de experiências e conhecimentos entre doentes e cuidadores

### **Contextualização do projeto**

Este projeto de intervenção realizou-se no Centro Social de Arões, com um grupo de 12 idosos, diagnosticados com Alzheimer, durante 10 meses. O Centro Social de Arões é uma resposta social para idosos com as valências de lar, centro de dia e apoio domiciliário, localizado na freguesia de Arões, concelho de Fafe.

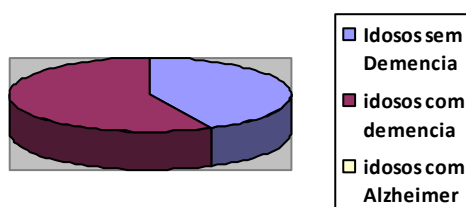
### **Quadro nº 1 – Valências e capacidades de utentes**

<b>Valências</b>	<b>Capacidade de utentes</b>
LAR	36
CENTRO DE DIA	18
APOIO DOMICILIÁRIO	15

O Centro Social de Arões constitui uma resposta social desenvolvida em alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, para idosos em situação de maior risco de perda de independência e/ou de autonomia. É de salientar a equipa multidisciplinar que de este centro dispõe, constituída, pela diretora técnica, psicóloga, assistente social, duas animadoras socioculturais, quatro enfermeiros, fisioterapeuta e médico. A directora técnica tem a seu cargo a tarefa de manter uma grande proximidade com os utentes e famílias e, interessa-se pela avaliação das necessidades individuais de cada utente, no sentido da melhoria da qualidade de vida dos idosos que frequentam o lar. A equipa da animação, realiza um programa de atividades cuidado, em que principalmente se desenvolvem as actividades centradas nas necessidades de cada um, nos interesses e gostos, história de vida e desejos dos idosos.

O centro, apesar do seu desenvolvimento e trabalho, constitui uma resposta social tradicional, onde não havia nenhum espaço ou nenhuma atividade direcionada para idosos com Alzheimer. No entanto, uma vez que cada vez mais deram entrada neste centro idosos com algum tipo de demência, tornou-se urgente perceber quais as suas necessidades e como lidar com estes idosos. A demência é, sobretudo, uma patologia do envelhecimento, refletida no acentuado aumento da sua prevalência nos grupos mais idosos (Ritchie K, Kildea D. 2002).

#### Gráfico n° 1 – Distribuição dos idosos por Diagnóstico



Como observámos, na tabela, anterior, em 47 idosos, 28 destes possuem algum tipo de demência e, 12 estão diagnosticados com a demência de Alzheimer. A demência de Alzheimer prevalece na maioria dos casos, no entanto, existem múltiplas outras causas de síndrome demencial, que causam uma deterioração cognitiva e emocional de gravidade suficiente para interferir nas atividades de vida diária e na qualidade de vida dos idosos (Cummings JL, 1992). A população alvo deste projeto são, então, os 12 idosos diagnosticados com Alzheimer.

#### Quadro n°2 – Distribuição dos elementos segundo o género

Género	Frequência	Percentagem (%)
Feminino	8	66%
Masculino	4	33%
Total	12	100

Maioritariamente, a população alvo deste estudo é constituída pelo sexo feminino, sendo que 8 idosos são do género feminino (66%) e 4 do género masculino (33%). Os participantes deste estudo foram diagnosticados com a doença de Alzheimer, verificado através da análise dos processos individuais de cada utente. Torna-se por isso, pertinente falar das motivações que levaram a este projecto.

## **2.Motivações que levaram ao projeto**

Na Europa, estima-se, que existam mais de 7 milhões de pessoas com a doença de Alzheimer. Em Portugal são mais de 90.000, o que leva a uma crescente preocupação social à cerca deste problema. Também, nos lares se dá conta desta realidade e cada vez mais, a maioria dos idosos entra nos lares quando está dependente ou semi-dependente, o quer dizer que não conseguem cuidar da sua higiene pessoal, vestirem-se, andar sozinhos, alimentarem-se, tomar a medicação, muitos deles associados a algum tipo de demência. Quando nos deparámos com esta realidade, torna-se urgente agir, de forma a melhorar a qualidade de vida destes doentes e dos seus familiares.

A doença de Alzheimer é um tipo de demência que provoca uma deterioração global, progressiva e irreversível de diversas funções cognitivas, entre as quais a memória, a atenção, a concentração, o pensamento, a orientação, a compreensão, o cálculo, a capacidade de aprendizagem, a linguagem e o comportamento (chil NEURO-PSQUIAT 2016; 54 (3): 239-249.

Este défice cognitivo, é geralmente acompanhado, por uma perda de controlo emocional, deterioração do comportamento social e da motivação. Estes sintomas condicionam as experiências e oportunidades das pessoas com a demência de participarem nas situações e atividades de vida diária (Fuentes O, Slachevsky A. 2005). Por isso mesmo, o estigma e o baixo nível de conhecimento e compreensão da população em geral, faz com que a população com demência seja vulnerável à exclusão de momentos de participação social (Benbow SM, Jolley D. 20012). É necessário, referir que a demência não afeta unicamente a pessoa com o diagnostico, mas também os seus familiares e/ou cuidadores (Slachevsky A, Budinich M. 2013). A demência é uma condição de saúde de carater crónico e na maioria dos casos progressiva. Devido a isto, os sintomas de cada pessoa com demência têm uma progressão diferente, assim como necessidades diferentes para os doentes e seus cuidadores. Por exemplo, na fase inicial da demência, as necessidades dos doentes relacionam-se com, a toma de

medicamentos, a condução, as finanças pessoais, entre outros. Enquanto que, numa fase mais avançada da demência, as atividades de vida diária, como por exemplo, a higiene pessoal, vestirem-se, a alimentação, tornam-se problemas relevantes e têm um impacto muito grande na qualidade de vida destes doentes, assim como, um transtorno na vida dos familiares e/ou cuidadores. É importante referir, que os doentes com algum tipo de demência ou Alzheimer precisam de apoio para toda a vida (Gitlin L, Hodgson N, Choi S.2015).

As principais necessidades destes doentes e dos seus cuidadores relacionam-se com a memória, escasso reportório de actividades para realizar durante o dia, desejo de maior companhia, sentimentos de angústia e preocupação, falta de informação sobre demência e recursos sociais de apoio (Miranda-Castillo C, Woods B, Orrell M. 2014). Em síntese, podemos referir, que os sintomas característicos de pessoas com demência, sintomas cognitivos, sintomas psicológicos e mudanças comportamentais, levam a mudanças muito grandes na vida destas pessoas, nomeadamente, alteração da interação da pessoa com demência e o seu ambiente social e físico, incapacidade de realizar atividades de vida diária, requerem de apoio, usualmente em progressivo aumento em atividades e situações de vida diária sendo que, tudo isto tem um elevado impacto na vida destes doentes, progressivamente estes doentes ficam limitados de participar socialmente e perdem qualidade de vida. Desta forma, ao tomarmos consciência desta realidade, este projeto pretende, através da criação de um programa de atividades específico para as necessidades de doentes com Alzheimer, melhorar a sua qualidade de vida, e ao mesmo tempo, permitir que estes doentes não se sintam excluídos socialmente, assim como os seus cuidadores. Assim, foi criado um grupo de reabilitação semanal, que acompanhou um grupo de 12 idosos com a doença de Alzheimer, e um grupo mensal de suporte e aconselhamento direcionado para os familiares e/ou cuidadores, durante nove meses. A reabilitação cognitiva busca a promoção do bem-estar e melhores níveis de saúde por meio de atividades ocupacionais. Os programas de reabilitação trabalham com as pessoas e as comunidades para otimizar as capacidades dos indivíduos, responder às suas necessidades e desejos apoiando a integração e participação social dos indivíduos (Corcoran M, Gitlin LN 2005).

Os principais objetivos da reabilitação cognitiva em pacientes com Alzheimer são, potenciar a melhor qualidade de vida possível para os doentes, reduzir a exclusão social destes pacientes, favorecer a vivência de experiências positivas integradas na

comunidade, aumentar a motivação destes pacientes e promover a manutenção da sua autonomia. A reabilitação em pacientes com Alzheimer centra-se, nas capacidades que as pessoas perderam e no impacto que isso traz na autonomia dos doentes, na otimização das capacidades físicas e cognitivas com o objetivo de manter o desempenho individual nas atividades de vida diária. Baseia a sua ação na estimulação cognitiva, treinamento de habilidades, atividades de grupo ou individuais, na modificação do ambiente físico para reduzir potenciais riscos físicos e procura reduzir a sobrecarga dos cuidadores através da introdução de melhores rotinas de cuidados. Muitos investigadores estão a trabalhar em programas de reabilitação para doentes de Alzheimer, tentando demonstrar a importância e a necessidade de intervir nestes doentes e suas famílias, no sentido de prolongar por mais tempo a qualidade de vida dos mesmos (Loewenstein DA, Acevedo A, J Czaja SJ, Duara R. 2004). Em contexto de terapia com indivíduos com demência, a reabilitação é vista como a participação ativa da pessoa com demência, no sentido de reduzir o impacto da doença e a incapacidade na vida do dia-a-dia (Wood, 1992). O principal objectivo destes programas de reabilitação ou de estimulação cognitiva para idosos com demência é ajudá-las a melhorar o desempenho das atividades de vida diária, de modo a não necessitarem de assistência de outra pessoa ou, pelo menos, minimizar a necessidade de assistência externa. De um modo geral, a evidência vai no sentido de que as abordagens de reabilitação cognitiva para idosos com demência, suas famílias e cuidadores são muito importantes. Uma revisão de literatura refere a terapia da memória como tendo uma eficácia provável de reduzir a velocidade de declínio na demência, podendo oferecer benefícios aos doentes e as suas famílias (Gatz M, Fiske A, Fox L, 1998). Assim, podemos referir que, o processo de reabilitação beneficia as pessoas com demência, nomeadamente, reduz os sintomas depressivos, melhora a participação em atividades cotidianas, aumenta a autonomia e independência na realização de atividades, aumenta a qualidade de vida, reduz a perda de mobilidade física e reduz o uso de medicamentos. Relativamente aos cuidadores, os benefícios verificam-se ao nível, da redução da sobrecarga, redução dos sintomas depressivos, melhora a qualidade de vida global, aumenta a autoconfiança e reduz os custos económicos e o tempo associado à rotina de cuidados.

### **3. Estratégias utilizadas**

Na fase inicial da doença de Alzheimer, o doente mostra uma queda significativa no desempenho de tarefas instrumentais da vida diária, mas ainda é capaz de executar as

atividades básicas do dia-a-dia, mantendo a sua independência. Na fase moderada, o comprometimento intelectual é maior e o paciente passa a necessitar de assistência para realizar tanto as atividades instrumentais como as atividades básicas diárias. Na fase grave da doença de Alzheimer, usualmente o doente acama, necessitando de apoio e cuidados gerais. Nesta fase, o paciente pode apresentar dificuldades de deglutição, sinais neurológicos e incontinência. Ainda não existe tratamento estabelecido que possa curar ou reverter a deterioração causada pela doença de Alzheimer. As estratégias existentes visam aliviar os *deficits* cognitivos e as alterações de comportamento, através de medicação e de uma abordagem multidisciplinar.

Desta forma, percebemos que a gravidade da demência condiciona o tipo de técnica a usar, sendo que o primeiro passo é reconhecer se a pessoa necessita de facto de reabilitação e em que fase da doença se encontra e qual o seu potencial para beneficiar da reabilitação. A maioria das pessoas idosas com incapacidade recente ou com deterioração num padrão estável tem potencial para beneficiar de reabilitação. Posto isto, as intervenções no grupo de pacientes foram planeadas e dirigidas por mim com o auxílio de uma psicóloga, objetivando a estimulação e planejando as sessões a partir das habilidades que se mostravam mais preservadas pelo grupo. De acordo com a literatura citada, o planeamento das atividades do grupo de reabilitação contemplou as seguintes técnicas, técnica de estruturação do ambiente, treino cognitivo, terapia de orientação para a realidade, terapia de reminiscência, terapia pela música, programa de exercícios físicos e orientação e suporte psicológico aos familiares e cuidadores. É importante referir, que as principais estratégias de intervenção em doentes de Alzheimer visam, manter o idoso ativo tanto quanto possível, de preferência com atividades que sejam fonte de satisfação e de estimulação da cognição; adaptar o ambiente às capacidades da pessoa, de modo a promover a independência funcional; manter estável o ambiente físico e familiar, criar e promover rotinas; adaptar de os cuidados às necessidades individuais das pessoas; promover a segurança do idoso através da remoção de obstáculos; reduzir a ansiedade, a tensão e a agitação através de uma comunicação adequada, escolhendo uma estratégia adequada para interagir, evitando o confronto e o excesso de estímulos em simultâneo; garantir a manutenção de um padrão de sono adequado e assegurar uma vigilância de saúde adequada. Foram realizadas sessões com o grupo de idosos, durante 10 meses, e 10 sessões com os familiares e/ou cuidadores. As sessões terapêuticas foram divididas em seis grandes temas, nomeadamente, Técnica



de Estruturação do Ambiente, Treino/Estimulação cognitiva, Terapia da Reminiscência, Terapia de Orientação para a Realidade, Terapia pela Música e Programas de Exercícios Físicos. As sessões foram planeadas e dirigidas por mim, objetivando a estimulação e, planeando de acordo com as habilidades que se mostravam mais preservadas pelo grupo. Os idosos iniciaram, assim, um grupo semanal de reabilitação cognitiva, com uma hora de duração, enquanto seus familiares e cuidadores participaram de um grupo mensal de orientação, suporte e aconselhamento, ambos por um período de 10 meses.

## CAPÍTULO V - PROGRAMA DE REABILITAÇÃO

### 1 Estruturação do ambiente

Tendo em conta a **técnica de estruturação do ambiente**, foram renovadas duas salas no Centro Social de Arões, que não eram utilizadas, com o propósito de realizar as atividades terapêuticas para idosos com Alzheimer nesses espaços. Assim, foi criada a sala de estimulação e a sala de reminiscência, com o auxílio de doações da comunidade e funcionários do Centro. A *sala de estimulação* foi pintada de amarelo claro, dispõe de um sofá e alguns cadeirões e de material de possível estimulação, como por exemplo, livros, jogos, consola *Wii*, matérias sensoriais, etc. A necessidade de criar uma sala de estimulação cognitiva para idosos com Alzheimer veio da importância demonstrada através da literatura, da existência de um espaço apropriado para estes doentes. De facto, um doente de Alzheimer precisa de um espaço de baixo ruído externo devido à possível queda dos limiares auditivos assim como a quebra de concentração. Perder a capacidade de comunicar pode ser um dos problemas mais frustrantes e difíceis para as pessoas com Alzheimer, suas famílias e cuidadores. À medida que a doença progride, a pessoa com Alzheimer experimenta uma perda gradual da sua capacidade de comunicar, sentindo dificuldades cada vez maiores para se expressar com clareza e compreender o que os outros dizem. Daí que seja muito importante o ambiente certo, ou seja, um ambiente em que os doentes se sintam calmos, seguros e compreendidos (Miesem BML, 1995).

A *sala de reminiscência* dispõe de uma mesa oval que acomodava 12 pessoas, papel de parede antigo, quadros e fotografias antigas com imagens da cidade de Fafe, decoração com objetos quotidianos antigos, como por exemplo, telefone, ferro de engomar, rádio, gira-discos, máquina de escrever, etc. A terapia de reminiscência pretende que o doente reviva acontecimentos relacionados com a sua juventude, permitindo aos idosos falar sobre as suas experiências passadas, acontecimentos agradáveis e conflitos (Gerreiro, 2005). O objetivo deste espaço é auxiliar o idoso a recordar, então, acontecimentos e experiências passadas através de auxílios de memória, como por exemplo, o uso de objetos antigos que possam trazer determinadas recordações.

## **2.Treino cognitivo/Treino de actividades de vida diária**

A estimulação cognitiva tem evidenciado efeitos muito positivos em indivíduos com Alzheimer (Tàrraga,1994). Esta dirige-se essencialmente à esfera mnésica, através de um método individual adaptado a cada doente, ao estágio em que se encontra, em função dos défices existentes e da deterioração global. As estratégias visam sempre potenciar as capacidades que os doentes ainda mantêm. O treino da memória obtém melhores resultados se enquadrado, sempre que possível, no contexto do doente e quando dirigido a tarefas ligadas a défices concretos (Zanetti e col, 2001).

Existe uma série de atividades específicas que podem ser utilizadas para treinar a memória, a atenção, o processamento da informação, etc. Nas sessões de treino cognitivo, baseei-me, na Teoria de Montessori que é um método de trabalho cognitivo destinado a idosos com demência. Este método foi desenvolvido por Maria Montessori, educadora de infância, no século XX, com o objetivo de reabilitar crianças com problemas mentais. No entanto, o método acabou por ser desenvolvido por um americano adaptado a idosos. Atualmente, o método Montessori tem sido usado com idosos diagnosticados com a doença de Alzheimer e, devido aos seus resultados positivos este método tem ganho importância dentro da comunidade de cuidadores. Existem algumas evidências que este método pode reduzir a ansiedade dos idosos com Alzheimer através do seu envolvimento em atividades que os motivem. Este método pretende que os idosos tenham acesso à participação do maior número possível de atividades que os liguem ao mundo real, para que estes não se isolem do mundo. Neste sentido, os terapeutas têm procurado atividades que despertem sentimentos positivos e memórias dos idosos. Um paciente de Alzheimer pode manter memórias antigas, na maioria das vezes, preservadas por bastante tempo. O método Montessori tem como objetivo arranjar meios de despertar memórias antigas através de atividades que envolvam os idosos e os façam sentir recompensados. Por exemplo, pedir a um idoso com Alzheimer para plantar uma flor num vaso, pode momentaneamente tirar o idoso do isolamento e provocar a recordação de um dia de primavera, uma vez que a experiência de colocar flores num vaso pode ser suficientemente forte para que o idoso

se recorde de como era apanhar flores de um jardim. O método Montessori tem demonstrado resultados muito positivos, nomeadamente, proporciona aos idosos momentos de prazer ao recordar eventos passados na sua vida, que por sua vez lhes transmite sentimentos positivos. (Cameron Camp, 2017)

Assim, alternadamente, durante as sessões foram realizadas várias atividades que puseram em prática o método Montessori e várias sessões de treino cognitivo, que contaram com o uso de diversas técnicas específicas de treino e estimulação da memória (Sequeira, 2010).

ACTIVIDADE			
<i>“Hora de exercitar o cérebro” (Parte 1)</i>			
Data	Local	Participantes	Duração
3 de Junho 2016	Sala de estimulação.	12	1 hora
<p><b>Descrição:</b> Os idosos realizaram três exercícios distintos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Exercício de ligar os pontos;</li> <li>2. Exercício de categorização com fitas coloridas de cetim;</li> <li>3. Exercício de categorização de botões coloridos.</li> </ol> <p><b>Objectivos.</b> Preservar e melhorar o desempenho das funções cognitivas, memória, atenção, raciocínio e capacidade de resolução de problemas.</p> <p><b>Recursos</b> Tablet, fitas de cetim e botões de várias cores.</p> <p><b>Observações:</b> A sessão decorreu conforme estava planeado.</p>			
ACTIVIDADE			
<i>“Hora de exercitar o cérebro” (Parte 2)</i>			
Data	Local	Participantes	Duração
10 de Junho 2016	Sala de estimulação.	12	1 hora
<p><b>Descrição:</b> Realização de diversas fichas, quebra-cabeças e exercícios de classificação: Colorir as formas segundo o exemplo; liga os desenhos às suas sombras; Verdadeiros e Falsos.</p> <p><b>Objectivos:</b> Preservar e melhorar o desempenho das funções cognitivas, memória, atenção, raciocínio e capacidade de resolução de problemas.</p> <p><b>Recursos:</b> Recursos: Papel, canetas e Tablet.</p> <p><b>Observações:</b> A sessão decorreu conforme estava planeado.</p>			

ACTIVIDADE <i>“Em bom Português”</i>			
Data	Local	Participantes	Duração
17 de Junho 2016	Sala de estimulação	12	1 hora
<p><b>Descrição:</b> Leitura, compreensão e discussão das notícias, estimulando sempre a associação de ideias, ou seja, permitir que os idosos criem imagens para cada ideia.</p> <p><b>Objectivos:</b> Estimular a capacidade de interpretação e compreensão</p> <p><b>Recursos:</b> Tablets</p> <p><b>Observações:</b> A actividade correu conforme o planificado.</p>			
ACTIVIDADE <i>“Em casa!”</i>			
Data	Local	Participantes	Duração
24 de Junho	Sala de estimulação	12	1 hora
<p><b>Descrição:</b> Os idosos treinaram actividades de vida diária (dobrar uma pilha de toalhas e colocar numa cesta; dobrar e combinar vários pares de meias; Usar um pente enfrente ao espelho; Pôr a mesa para o almoço.</p> <p><b>Objectivos:</b> Treinar funções executivas / praxias relativas a actividades de vida diária</p> <p><b>Recursos:</b> Toalhas, meias, pentes, pratos e talheres de plástico, mesa.</p> <p><b>Observações</b></p>			

ACTIVIDADE <i>“Vamos para a cozinha!”</i>			
Data	Local	Participantes	Duração
1 de Julho 2016	Cozinha do Lar	12	1 hora
<p><b>Descrição</b> Confeção de receitas escolhidas pelos idosos (rissóis, broa de milho e um bolo de chocolate).</p> <p><b>Objectivos</b> Treinar funções executivas / praxias relativas a actividades de vida diária</p> <p><b>Recursos:</b> Ingredientes necessários à confeção das receitas escolhidas pelos idosos.</p> <p><b>Observações:</b> A actividade correu conforme o planeado.</p> <p>Foi uma actividade muito divertida.</p>			

ACTIVIDADE “Berçário”			
Data	Local	Participantes	Duração
8 de Julho	Sala de estimulação	9	1 hora
<p><b>Descrição</b> Preparou-se uma mesa de mudas para bebés, com algumas bonecas e roupas para os idosos vestirem as bonecas.</p> <p><b>Objectivos</b> Proporcionar conforto emocional e sentimento de utilidade; reduzir ansiedade e agitação.</p> <p><b>Recursos</b> Bonecas, mesa de mudas, roupas de bebés</p> <p><b>Observações</b> Foi uma actividade prazerosa, principalmente para as idosas que gostaram de segurar as bonecas.</p>			
ACTIVIDADE A hora do Jogo			
Data	Local	Participantes	Duração
15 de Julho	Sala de Estimulação	12	1 hora
<p><b>Descrição</b> Realização de diversos jogos nos tablets: correspondência de formas e cores; diversos puzzles; jogos sonoros; caça palavras; caça o intruso.</p> <p><b>Objectivos</b> Treinar a atenção, o raciocínio e a memória.</p> <p><b>Recursos</b> Tablets</p> <p><b>Observações</b> Os objetivos propostos foram executados.</p>			
ACTIVIDADE “A hora do conto”			
Data	Local	Participantes	Duração
2 de Julho 2016	Sala de Estimulação	12	1 hora
<p><b>Descrição</b> Num primeiro momento foram lidas diferentes histórias aos idosos e, num segundo momento os idosos tiveram que contar novamente as histórias.</p> <p><b>Objectivos</b> Promover a memória de curto prazo.</p> <p><b>Recursos</b> Diversas histórias pré-selecionadas.</p>			
ACTIVIDADE “Hora das Notícias”			
Data	Local	Participantes	Duração
8 de Agosto de 2016	Sala de estimulação	12	1 hora
<p><b>Descrição</b> Leitura das principais notícias da semana, através do computador ligado à televisão para que todo o grupo de idosos acompanhasse, e posteriormente cada idoso comentou a notícia que mais o marcou</p> <p><b>Objectivos</b> Promover a orientação temporal; Estimular atenção e a compreensão.</p> <p><b>Recursos</b> Computador, televisão, tablets.</p> <p><b>Observações</b> Os objetivos foram cumpridos.</p>			

ACTIVIDADE “Euro milhões”			
Data	Local	Participantes	Duração
16 de Agosto de 2016	Sala de estimulação	12	1 hora
<p><b>Descrição</b> Cada idoso preencheu um boletim do euro milhões, e em seguida foram registar.</p> <p><b>Objectivos</b> Melhorar a auto estima; Promover o raciocínio.</p> <p><b>Recursos</b> Boletins do euro milhões; Carrinha do Lar.</p> <p><b>Observações</b> A atividade correu conforme o planeado.</p>			
ACTIVIDADE “Hora do doutor”			
Data	Local	Participantes	Duração
23 de Agosto 2016	Sala de estimulação	12	1 hora
<p><b>Descrição</b> Leitura e compreensão de rótulos de medicamentos mais usados pelo grupo (Por exemplo: Brufen, ben-u-ron, Nimed...)</p> <p><b>Objectivos</b> Estimular atenção, compreensão, raciocínio e agilidade mental</p> <p><b>Recursos</b> caixas e rótulos de determinados medicamentos.</p>			
ACTIVIDADE “Caixa memória”			
Data	Local	Participantes	Duração
8 de setembro	Sala de reminiscência	12	1 hora
<p><b>Descrição</b> Cada idoso elaborou a sua caixa profissão. Estas caixas foram personalizadas de acordo com a profissão de cada idoso.</p> <p><b>Objectivos</b> pretendeu-se que o grupo revivesse acontecimentos relacionados com a suas profissões; estimulação da memória, melhoria da qualidade de vida, melhoria da auto estima; facilitar o interesse pelo contacto social.</p> <p><b>Recursos</b> Objetos previamente seleccionados de acordo com as profissões dos idosos participantes do grupo; caixas de cartão.</p> <p><b>Observações</b> Os objetivos propostos foram cumpridos</p>			
ACTIVIDADE “Caixa sensorial”			
Data	Local	Participantes	Duração
22 de Setembro	Sala de estimulação	12	1 hora
<p><b>Descrição:</b> Os idosos elaboram uma caixa sensorial: uma caixa plástica recheada de bolas com diferentes texturas, nomeadamente bolas de plástico, bolas em tecido, bolas de veludo e bolas com guizos de bebes</p> <p><b>Objectivos.</b> Proporcionar estímulos sensoriais visando promover uma melhor interação com o meio; estimular as funções cognitivas remanescentes.</p> <p><b>Recursos.</b> Bolas, tecidos vários, guizos e caixas de cartão.</p> <p><b>Observações:</b> A atividade realizou-se conforme o planeado</p>			

Geralmente, nas fases precoces da doença de Alzheimer, a principal dificuldade cognitiva é na memória explícita, pelo que a prioridade da maioria das intervenções é restabelecer o uso mais eficiente da memória. Estas intervenções, para além da estimulação cognitiva, incluem estratégias de repetição e treino, estratégias de aprendizagem e estratégias compensatórias. As técnicas de repetição e treino partem da conceção de que a realização de “exercícios” de memória melhora, de forma global, o funcionamento mnésico (Weingartner, 1993).

Os idosos foram incentivados a recorrer a ajudas (notas, calendários, sinais, etc), de forma a atenuar as suas dificuldades e a facilitar o desempenho das atividades diárias. Também, foi importante o estabelecimento de determinadas rotinas, uma vez que constitui uma estratégia facilitadora e positiva, permitindo o cumprimento de algumas tarefas (Carlos Sequeira, 2006). Alguns trabalhos têm demonstrado que os doentes com Alzheimer terão mais facilidade em recordar uma situação se nela participarem ativamente do que se estiverem apenas a assistir ou a ouvir o relato dessa situação ou facto, o que pode ser explicado pelo envolvimento de vários registos sensoriais (verbais, visuais, cinestéticos e motores), incluindo os relacionados com a memória de procedimentos ( Byrd M. 1990).



### 3 Terapia da Reminiscência

Foram realizadas 4 sessões dentro do grande tema “**Terapia Da Reminiscência**”. A Terapia Da Reminiscência pretende que o doente reviva acontecimentos agradáveis, como forma de estimulação da memória, melhoria da sua qualidade de vida, melhoria da sua auto-estima, facilitando o contacto social. Relativamente aos resultados desta modalidade de intervenção, parece verificar-se alguma melhoria ao nível cognitivo, apesar de ainda não existirem muitos estudos que comprovem a sua eficácia (Guerreiro, 2005). Fato marcante na doença de Alzheimer é que a perda de memória acontece na ordem reversa, isto é, a memória recente se perde mais do que a memória de anos atrás (Gerreiro, 2005). Assim, uma das actividades mais prazerosas que um cuidador pode proporcionar a um idoso com Alzheimer é relembrar fatos e eventos passados envolvendo amigos e familiares. Além de prazerosas são atividades com efeito terapêutico. Especificamente, a Terapia da Reminiscência consiste em trazer à tona, discutir e compartilhar lembranças, rever e avaliar aquelas lembranças e recapturar emoções e sentimentos que são partes inerentes das lembranças (Goldwasser, 1987). Assim, foram realizadas quatro sessões dentro deste grande tema.

<b>ACTIVIDADE</b> <b>1ª Sessão de Reminiscência</b>			
<b>Data</b>	<b>Local</b>	<b>Participantes</b>	<b>Duração</b>
<b>29 Setembro 2016</b>	<b>Sala Reminiscência</b>	<b>12</b>	<b>1 hora</b>
<b>Descrição:</b> Cada idoso elaborou um livro sobre a sua vida. <b>Objectivos:</b> Melhorar o desempenho cognitivo; aumentar a recuperação de memórias autobiográficas positivas; reduzir a sintomatologia depressiva; melhorar o humor; diminuir os sintomas comportamentais problemáticos; melhorar a comunicação e estimular a expressão de afectos. <b>Recursos:</b> Fotografias dos idosos; cadernos de capa em cartão. <b>Observações:</b> Os objectivos propostos foram cumpridos.			
<b>ACTIVIDADE</b> <b>2ª Sessão de Reminiscência</b>			
<b>Data</b>	<b>Local</b>	<b>Participantes</b>	<b>Duração</b>
<b>3 de Outubro de 2016</b>	<b>Sala Reminiscência</b>	<b>12</b>	<b>(1h)</b>
<b>Descrição</b> Debate sobre a infância de cada idoso. <b>Objectivos</b> Melhorar o desempenho cognitivo; aumentar a recuperação de memórias autobiográficas positivas; reduzir a sintomatologia depressiva; melhorar o humor; diminuir os sintomas comportamentais			

problemáticos; melhorar a comunicação e estimular a expressão de afetos.

**Recursos** Facilitador

#### **ATIVIDADE**

##### **3ª Sessão Reminiscência**

<b>Data</b>	<b>Local</b>	<b>Participantes</b>	<b>Duração</b>
<b>10 de Outubro de 2016</b>	Sala Reminiscência	12	<b>1 hora</b>

**Descrição** Debate sobre os pais dos idosos.

**Objectivos** Melhorar o desempenho cognitivo; aumentar a recuperação de memórias autobiográficas positivas; reduzir a sintomatologia depressiva; melhorar o humor; diminuir os sintomas comportamentais problemáticos; melhorar a comunicação e estimular a expressão de afetos.

#### **ATIVIDADE**

##### **4ª Sessão Reminiscência**

<b>Data</b>	<b>Local</b>	<b>Participantes</b>	<b>Duração</b>
<b>17 de Outubro</b>	<b>Sala Reminiscência</b>	<b>12</b>	<b>1 hora</b>

**Descrição** Debate sobre “Como era antigamente

**Objectivos** Melhorar o desempenho cognitivo; aumentar a recuperação de memórias autobiográficas positivas; reduzir a sintomatologia depressiva; melhorar o humor; diminuir os sintomas comportamentais problemáticos; melhorar a comunicação e estimular a expressão de afetos.

**Recursos** Recursos: Vários objetos antigos: telefone, livros antigos, pentes, portas-moedas, livros antigos.

**Observações**

A **primeira sessão** consistiu na elaboração de um livro de fotos e eventos marcantes. Cada utente ajudou a elaborar o seu próprio álbum, sendo que este obedeceu a uma ordem cronológica dos eventos de vida do idoso, para que fosse mais fácil para este localizar-se no tempo. Para a realização desta atividade contei com ajuda de familiares e amigos que disponibilizaram fotografias antigas dos idosos, fotografias dos filhos quando crianças, fotografias do casamento, batizados, etc. A elaboração destes livros foi o ponto de partida para uma discussão e partilha de diversas experiências. As fotografias de familiares e dos filhos quando crianças incentivaram os idosos a fazer

perguntas sobre eles, sendo que este foi um momento rico em informações e que proporcionou fazer uma ponte entre o passado e o presente.

A **segunda sessão** teve como tema “a minha infância” e consistiu num debate em que todos os idosos tiveram oportunidade de recordar a infância e partilhar uns com os outros momentos felizes, assim como momentos menos bons da infância de cada um.

A **terceira sessão** teve como tema “os meus pais” e consistiu na partilha de informações sobre os pais dos idosos, o nome dos pais, a profissão que exerceram, como se conheceram, quantos filhos tiveram, onde viveram, etc.

A **quarta sessão** teve como tema “o antigamente”. Nesta sessão reuni o grupo de idosos à volta de uma mesa recheada de objetos antigos, como por exemplo, telefone, livros antigos, um pente, um rádio antigo, porta-moedas, louça antiga, etc.

Foi solicitado a cada idoso que escolhesse o objeto que o chamasse mais atenção e, posteriormente cada idoso referiu os motivos da sua escolha.

*“Eu escolhi este telefone porque tinha um igualzinho em minha casa...”Idoso A ;*

*“Este rádio parece o meu...”Idoso B;*

*“Só falta aqui o gira discos...(risos)”Idoso C*

#### 4. Terapia de Orientação para a Realidade

Foram realizadas quatro sessões dentro do tema: **Terapia de Orientação para a Realidade**. Este tipo de intervenção consiste num conjunto de técnicas simples, nas quais se proporciona informação básica aos doentes. Esta informação ajuda o doente a identificar melhor o tempo, o espaço, a sua habitação, etc. Pretende-se manter os doentes orientados e evitar a perda de capacidades preceptivas (Breuil e col., 1994). Nestas sessões terapêuticas foram abordados temas como a data, o espaço, a localização, o clima, o nome das refeições, o nome dos participantes e informações pessoais. Os doentes foram estimulados a responder espontaneamente e só depois lhes foi fornecida ajuda (Baines S, Saxby P, Ehlert K, 1987). Alguns autores concluíram que esta técnica influencia positivamente o desempenho cognitivo, com maior efeito nas capacidades verbais, e atrasa o declínio da doença em doentes com alzheimer (Zanetti O, Frisoni GB, De Leo D, 1995).

ACTIVIDADE “Calendário divertido”			
Data	Local	Participantes	Duração
24 de Outubro de 2016	Sala de estimulação	12	1 hora
<b>Descrição:</b> O grupo elaborou um calendário com diversas funções, nomeadamente, o tempo, a estação do ano e as datas de aniversário de cada idoso. O calendário foi elaborado com materiais que permitissem aos idosos estar sempre alterá-lo. <b>Objetivos:</b> Promover a orientação temporal e espacial; Promover a auto estima. <b>Materiais:</b> Fimo de várias cores e cartolina.			
ACTIVIDADE “Vamos ler”			
Data	Local	Participantes	Duração
31 de Outubro de 2016	Sala de estimulação	12	1 hora
<b>Descrição:</b> Leitura em conjunto com os idosos de várias revistas e jornais atuais com especial atenção para as bordas das capas das revistas onde está a data ou o período da revista. <b>Objetivos:</b> Promover a orientação espacial e temporal. <b>Recursos:</b> Vários jornais e revistas atuais.			

Os objetivos propostos foram cumpridos.

ACTIVIDADE ““As estações do ano”			
Data	Local	Participantes	Duração
2 de Novembro de 2016	Sala de estimulação	12	1 hora
<p><b>Descrição:</b> Passagem de vídeos da internet sobre cada estação do ano, os sons, as imagens, cores, etc. Em cada vídeo foi feita uma pausa para o grupo debater o que viu e dar a sua opinião</p> <p><b>Objetivos:</b> Estimular a atenção e a memória; promover a orientação temporal e espacial</p> <p><b>Recursos:</b> Computador; televisão; tablets.</p> <p>Os objetivos propostos foram cumpridos.</p>			

## 5.Terapia pela Música...

Foram realizadas quatro sessões dentro do tema: **Terapia pela Música**. A Terapia pela Música ou Musicoterapia é uma técnica terapêutica importante, pois permite um relaxamento, fundamental numa fase inicial da doença de Alzheimer, para diminuir a ansiedade e facilitar o contato com o outro. Assim, centradas na música, existem essencialmente duas técnicas, a recetiva e a ativa. A primeira centra-se na escuta de extratos musicais que vão ao encontro dos interesses e gostos dos idosos, seguida de uma sessão de verbalização. A segunda consiste em fazer música, produzir o som e através deste melhorar o seu “eu”, facilitando a relação com o outro (Touchon e Portet, 2002).

ACTIVIDADE			
<i>“Vamos sentir a música!”</i>			
Data	Local	Participantes	Duração
8 de Novembro	Sala de estimulação	12	1 hora
<p><b>Descrição:</b> ao ritmo de uma música foi pedido aos idosos para bater palmas, assobiar e bater os pés.</p> <p><b>Objetivos:</b> Relaxar o grupo de idosos; Proporcionar um momento de alegria ao grupo; Estimular a perceção do corpo e estimular o ritmo.</p> <p><b>Recursos:</b> Tablet e coluna.</p> <p>Os objetivos da atividade foram atingidos, os idosos divertiram-se e corresponderam ao que lhes foi solicitado.</p>			
ACTIVIDADE			
<i>“A minha música”</i>			
Data	Local	Participantes	Duração
15 de Novembro	Sala de estimulação	12	1 hora
<p><b>Descrição:</b> Cada idoso referiu duas músicas significativas para eles e, em seguida cada idoso teve a oportunidade de as ouvir e comentar com o grupo as lembranças que lhes ocorreram ao ouvirem as músicas.</p> <p><b>Objetivos:</b> Estimular a memória musical de cada idoso.</p> <p><b>Recursos:</b> Tablet e coluna.</p> <p>A atividade correu como planeado.</p>			

<p style="text-align: center;"><b>ACTIVIDADE</b>  <i>“Vamos cantar”</i></p>			
<b>Data</b>	<b>Local</b>	<b>Participantes</b>	<b>Duração</b>
<b>22 de Novembro</b>	<b>Sala de estimulação</b>	<b>12</b>	<b>1 hora</b>
<p><b>Descrição:</b> Os idosos participaram numa atividade de karaoke, em que todos tiveram oportunidade de cantar músicas escolhidas por eles e juntamente com diversos instrumentos acompanhar a música.</p> <p><b>Objectivos :</b> Estimular a memória musical de cada idoso</p> <p><b>Recursos:</b> Computador; coluna; instrumentos do Lar: concertina, reco reco, tambores e cavalinhos.</p> <p>Os objetivos propostos foram atingidos. Os idosos demonstraram-se muito alegres e proporcionaram um ambiente de boa disposição.</p>			

## **6. Programa de Exercício Físico e Spa**

Os programas de exercícios físicos são outra alternativa de tratamento a idosos com a doença de Alzheimer, atualmente muito utilizada através da prática regular de exercício físico. A doença de Alzheimer afeta gradualmente a coordenação motora dos indivíduos, daí que seja muito importante que qualquer programa de reabilitação para doentes de Alzheimer aposte na estimulação cognitiva a par da estimulação motora, evitando não só as perdas cognitivas mas também a perda total de mobilidade.

A prática regular de exercício físico traz muitos benefícios de saúde e no caso, em específico, da doença de Alzheimer pode estimular a cognição e a coordenação motora (Castilho, 2005). Podemos perceber, através da literatura, que a atividade física influencia o tratamento da doença de Alzheimer de uma forma muito positiva, trazendo benefícios como, aumento da auto-estima, melhoria da afetividade e humor, melhoria da capacidade de raciocínio, coordenação motora, percepção e memória, diminuindo os índices de depressão e ansiedade (Fortuna, 2005).

A actividade física segundo Castilho (2006), tem sido preconizada para doenças como esclerose múltipla e Alzheimer por melhorar o equilíbrio e a marcha; trazer menor dependência para realização de atividades diárias, melhora os sintomas de depressão e aspectos da função cognitiva, consequentemente melhora a capacidade de trabalho, diminuindo a incapacidade e a necessidade de cuidados de longa duração muito dispendiosos.

Em outra pesquisa feita pela UNIFESP, com 65 idosos que foram submetidos a um programa de musculação durante seis meses, mostrou que houve uma melhora sensível nas funções cognitivas como: raciocínio, coordenação motora, percepção e memória. Outros estudos revelaram que idosos mais ativos conseguem retardar a doença e o seu avanço ou até mesmo evitar a doença (Castilho, 2005). Assim, a prática regular de atividade física promove respostas favoráveis para um envelhecimento saudável prevenindo determinadas doenças e reduzindo o índice de mortalidade em idosos portadores da doença de Alzheimer, pois prolonga a qualidade e a duração de uma vida ativa (Manidi, 2000). Tendo em conta, a importância da prática regular de exercício físico em indivíduos com alzheimer, foram realizadas sessões de exercício físico mensais e de duração de 45 minutos. Além das sessões de ginástica, complementou-se



com idas à piscina, ao qual tivemos acesso gratuitamente através das piscinas municipais de Fafe. As aulas na piscina foram de hidroginástica com um professor especializado para o efeito. As sessões de exercício físico pretendiam trabalhar a parte motora, através de ginástica com música, ginástica com bolas, volley, circuitos com cones, ginástica com pesos, dança, caminhada, jogar wii, etc. Foram necessários alguns materiais, uns já existentes na instituição, bolas, pesos, elásticos e outros adquiridos por mim, como foi o caso, de uma rede de volley montada no exterior do lar (jardim) e uma consola Wii. Outra atividade desenvolvida com o grupo de idosos com Alzheimer foi a criação de um **Spa**. O spa foi utilizado depois de cada sessão de exercício físico.

O Spa não tinha um espaço físico concreto, pois era realizado na sala de fisioterapia do lar. Na sala havia sempre música ambiente e foram reunidos vários materiais para a realização desta atividade, nomeadamente, máscaras caseiras de pele (realizadas por mim e pelos idosos), exfoliantes, perfumes, massajadores, óleos perfumados, velas perfumadas, cremes hidratantes, maquilhagem, etc. Nos estádios iniciais e intermédios da doença de Alzheimer, o indivíduo pode apresentar comportamentos marcados por agressividade, alucinações e dificuldades para comer e dormir. Muitos problemas de comportamento nestes doentes são agravados pela incapacidade do doente se comunicar e lidar com o *stress* (Pearlin, L. I. 1981). Assim, foi muito importante a criação deste espaço stressranquilo e acolhedor porque proporcionou aos idosos com Alzheimer momentos de relaxamento e desempenhou um papel fundamental ao ajudar os idosos a sentirem-se seguros e calmos, reduzindo as causas que podem criar agitação e desorientação nestes doentes.

ACTIVIDADE			
Ginástica com música”			
Data	Local	Participantes	Duração
30 de Junho de 2016	Exterior do Lar (Jardins)	12	1 hora
Descrição:	Aquecimento, exercícios de aeróbica ao som da música e relaxamento muscular no final.		
Objetivos:	Objetivos: Minimizar o imobilismo; Promover a motricidade global; Promover o equilíbrio.		
Recursos:	Bastões e lenços.		
Os objetivos propostos foram cumpridos, sendo que os idosos apreciaram esta atividade no exterior devido ao bom tempo e à música que lhes proporcionou um momento de diversão.			

ACTIVIDADE “1º Campeonato de Volley”			
Data	Local	Participantes	Duração
(29 de Julho de 2016)	v Exterior do Lar	12	1 hora
<b>Descrição:</b>	.Divisão do grupo em duas equipas. Os utentes nomearam as equipas:- os Fafenses e os Arõeszinhos.		
<b>Objetivos:</b>	Promover o trabalho em equipa; Promover a manutenção do esquema corporal; Promover a motricidade global.		
<b>Recursos:</b>	Rede de volley montada nas traseiras do Lar, bolas		

ACTIVIDADE “Ida à piscina”			
Data	Local	Participantes	Duração
1 setembro 2016	Piscina Municipal	11	1 hora
Descrição:	Aula de hidroginástica com professor		
Objetivos:	Trabalhar a resistência muscular, cardiovascular e cardiorrespiratória; Proporcionar bem-estar físico e emocional.		
Recursos:	Carrinha do lar, piscina e professor		
Atividade foi cumprida com sucesso. Os idosos acharam uma atividade prazerosa e divertida.			

ACTIVIDADE “2º Campeonato de Volley”			
Data	Local	Participantes	Duração
6 de setembro 2016	Exterior do Lar	12	1 hora
<b>Descrição:</b>	.Jogo entre as duas		
<b>Objetivos:</b>	Promover o trabalho em equipa; Promover a manutenção do esquema corporal; Promover a motricidade global.		
<b>Recursos:</b>	Rede de volley montada nas traseiras do Lar, bolas		

ACTIVIDADE			
“Circuito”			
Data	Local	Participantes	Duração
29 de Novembro de 2016	Corredor do Lar	12	1 hora
Descrição:	Montagem de um circuito com cones e bastões que os idosos tinham que seguir/contornar		
Objetivos:	Promover o equilíbrio; Melhorar a postura corporal; Aumentar o tónus muscular.		
Recursos:	Circuito adquirido num supermercado local.		
A atividade foi cumprida conforme o planeado.			
ACTIVIDADE			
“Dança sénior”			
Data	Local	Participantes	Duração
23 dezembro 2016	Sala de estimulação	10	1 hora
Descrição:	Os idosos dançaram ma coreografia adaptada da música “macarena”.		
Objetivos:	A aprendizagem de coreografias trabalha os níveis de atenção, concentração, perceção, ritmo, memória recente e orientação espacial estimulando diversas habilidades psicomotoras e cognitivas, além da satisfação física e emocional.		
Recursos:	Computador e colunas de som		
ACTIVIDADE			
“Ginástica com bolas”			
Data	Local	Participantes	Duração
16 janeiro2017	Sala de estimulação	12	1 hora
Descrição:	Foram realizados vários exercícios com diferentes tipos de bolas		
Objetivos:	: Promover a motricidade global.		
Recursos:	Bolas de ténis, bolas de futebol e bolas fitness (Bolas grandes).		
Os objetivos propostos foram cumpridos.			

ACTIVIDADE			
“Ginástica com pesos e elásticos”			
Data	Local	Participantes	Duração
(23 de Janeiro de 2017)	Sala de estimulação	12	1 hora
Descrição:	Foram realizados vários exercícios com pesos e elásticos.		
Objetivos:	Aumentar o tônus muscular.		
Recursos:	Cadeiras, pesos e elásticos.		

ACTIVIDADE			
“Ida à piscina!”			
Data	Local	Participantes	Duração
(30 de Janeiro de 2017)	Piscina municipal de Fafe		
Descrição:	Aula de hidroginástica com professor.		
Objetivos:	Trabalhar a resistência muscular, cardiovascular e cardiorrespiratória; Proporcionar bem-estar físico e emocional		
Recursos:	Carrinha do lar. Piscina		
Atividade foi cumprida com sucesso. Os idosos gostam muito da atividade da piscina mostrando interesse e motivação.			

## 7. Passeios com o grupo de idosos

Foram dados passeios com os idosos a lugares familiares, como por exemplo, a freguesia onde nasceu, a casa onde morou, a casa dos avós ou simplesmente algum lugar que lhes fosse querido. Estas informações foram obtidas através dos idosos e também dos seus familiares. Estes passeios tiveram como objetivo principal, proporcionar aos idosos voltar às suas origens e recordar momentos agradáveis e especiais das suas vidas.

ACTIVIDADE			
Data	Local	Participantes	Duração
2 Dezembro 2016	Lugar da Portela	12	+/- 2 horas
Descrição:	Realização de uma caminhada e piquenique pelo lugar da Portela, um dos sítios de nascença de alguns idosos do grupo. Visita à fonte antiga, lugar de muitas recordações de infância dos idosos naturais deste lugar.		
Objetivos:	Voltar aos lugares de origem e recordar momentos agradáveis e especiais das suas vidas.		
Recursos:			
ACTIVIDADE <i>Passeio/ caminhada</i>			
Data	Local	Participantes	Duração
(9 de Dezembro de 2016)	Arões Santa Cristina (Cidade de Fafe)	12	Aproximadamente 2h.
Descrição:	Realização de uma caminhada e piquenique por Santa Cristina, outra freguesia onde alguns idosos do grupo nasceram. Visita à igreja de Santa Crista.		
Objetivos:	Voltar aos lugares de origem e recordar momentos agradáveis e especiais das suas vidas.		
Recursos:	Carrinha do Lar		

ACTIVIDADE			
Data	Local	Participantes	Duração
(16 de Dezembro de 2016)	Centro da cidade de Fafe	12	Aproximadamente 2h.
Descrição:	Realização de uma caminhada pelo centro de Fafe, visita a alguns cafés antigos, igreja velha e à antiga estação de comboio.		
Objetivos:	Voltar a lugares que fizeram parte do quotidiano e recordar momentos agradáveis e especiais das suas vidas.		
Recursos:	Carrinha do lar		

ACTIVIDADE <i>Caminhada</i>			
Data	Local	Participantes	Duração
(2 de Janeiro de 2017)	Golães (Cidade de Fafe)	12	Aproximadamente 2h.
Descrição:	Realização de uma caminhada pela freguesia de Golães, último lugar de nascimento de alguns idosos. Visita à praia Fluvial de Golães, lugar muito apreciado pela comunidade.		
Objetivos:	Voltar aos lugares de origem e recordar momentos agradáveis e especiais das suas vidas.		
Recursos:	Carrinha do Lar		

## 8 Outras actividades terapêuticas: Jardinagem e Pintura

Outra atividade implementada neste projeto foi a jardinagem. A jardinagem tornou-se pertinente, uma vez que é uma atividade que nos permite trabalhar a atenção. De facto, um estudo realizado no Reino Unido refere que a jardinagem reduz o *stress* e promove o relaxamento, fatores muito importantes num doente com alzheimer uma vez que estes tendem a ter momentos de muita agitação. Para além disso, a jardinagem proporciona aos idosos verem cores, sentirem cheiros e ouvirem ruídos próprios da natureza, que podem trazer recordações aos idosos de um dia de primavera das suas infâncias.

Outra atividade foi a pintura de mandalas. Para um doente com alzheimer é muito importante a criação de um ambiente tranquilo, daí que a pintura possa ser uma atividade prazerosa e relaxante.

ACTIVIDADE “Jardim de flores”			
Data	Local	Participantes	Duração
(16 de Março de 2017)	Pátio do Lar	12	1 hora
Descrição:	Plantaram-se flores da época numa caixa de madeira previamente preparada, nomeadamente: crisântemos e paciências.		
Objetivos:	Permitir o contato com a natureza aos idosos; Estimular a atenção; Potenciar o relaxamento		
Recursos:	: Sementes das flores, caixa de madeira e martelo.		
Os objetivos foram cumpridos.			

ACTIVIDADE			
“Jardim de ervas aromáticas”			
Data	Local	Participantes	Duração
(23 de Março de 2017)	Pátio do Lar	12	1 hora
Descrição:	Os idosos plantaram numa caixa de madeira previamente preparada para o efeito algumas ervas aromáticas da época, nomeadamente, cebolinho, coentros e salsa.  A atividade correu conforme o planeamento.		
Objetivos:	Promover o relaxamento e bem-estar; Promover a motricidade global e fina; Promover o sentimento de pertença e de utilidade.		
Recursos:	Sementes das ervas aromáticas; caixa de madeira e martelo.		

ACTIVIDADE “ <i>Vamos Pintar!</i> ”			
Data	Local	Participantes	Duração
(2 e 9 de Fevereiro de 2017)	Sala de estimulação	12	1 hora
Descrição:	Os idosos escolheram de entre várias mandalas a sua preferida, posteriormente pintaram-na e foi afixada na parede da sala.		
Objetivos:	Promover o relaxamento, bem-estar e criatividade		
Recursos:			
A atividade foi cumprida com sucesso. Os idosos mostraram-se motivados.			



## **9. Grupo de apoio à família**

Outra acção desenvolvida neste projeto foi a criação de um grupo de apoio à família/cuidadores dos idosos participantes do grupo. Este grupo foi mensal, dividido em 10 sessões. Este grupo revelou-se uma mais-valia, devido à troca de informação entre os cuidadores e o profissional, assim como uma mais-valia na reabilitação destes idosos, uma vez que os cuidadores obtiveram conhecimentos que melhoraram a forma de lidar com estes doentes em casa. Assim, a intervenção junto da família melhorou não só a qualidade de vida dos familiares, mas também dos doentes. Segundo, Jorm (1994) os familiares/cuidadores que participam de um grupo de reabilitação conseguem entender melhor o comportamento dos seus familiares com alzheimer, e conseguem cuidar deles mais tempo em casa, evitando o internamento precoce dos mesmos. Estes grupos de atendimento a familiares/cuidadores de doentes de alzheimer também contribuem para a redução de sintomas depressivos e de ansiedade nos familiares e para melhor qualidade de vida dos doentes e de suas famílias (Montgomery, 1996; Phillips LR, 1995).

## CAPÍTULO VI – AVALIAÇÃO

Na avaliação deste projeto foram usados alguns procedimentos, nomeadamente o benchmarking e a recolha de alguns indicadores de impacto junto dos utentes e junto das famílias e outros.

### 1.BENCHMARKING

Através da visita a unidades de dia para doentes com Alzheimer foi possível realizar uma comparação relativamente a este projeto com outros já existentes. As unidades que visitei dispunham de mais espaços interiores, nomeadamente, mais salas de terapia e um maior número de técnicos intervenientes na terapia, no entanto e apesar de possuir mais recursos não considerei que desenvolvessem atividades suficientes de apoio e suporte a estes doentes e famílias. Apesar do meu projeto ter menos recursos, no que diz respeito ao leque de atividades realizadas, consegui abranger uma variedade maior de atividades, quer cognitivas (sessões de estimulação cognitiva), físicas (exercício físico regular e piscina) e lúdicas (passeios, jogos de consola, etc). A maior parte das instituições que visitei não oferecia aos idosos com Alzheimer programas de exercício físico estruturados como no meu Projecto, mas actividades de exercício pontuais. Mesmo, relativamente, aos passeios fora da instituição, a maior parte dos técnicos referiu que são atividades mais gerais, normais em centros de dia comuns, e não terapêuticas ao ponto de serem usadas em programas de reabilitação.

No meu ponto de vista, os passeios foram momentos igualmente importantes, pois para além de terem sido prazerosos para os idosos foram momentos de partilha de experiencias e sentimentos, ao permitirem que os idosos recordassem os lugares onde viveram, as ruas onde brincaram quando eram crianças, etc. Daí que para este projeto, também os passeios tiveram um propósito terapêutico ao levarmos os idosos às “antigas casas deles”, às suas freguesias ou lugares que lhes fossem familiares. Nas unidades visitadas, as atividades realizadas eram diárias e prolongavam-se pelo dia todo, sendo que através das entrevistas às terapeutas eu percebi que existiam muitos momentos em que os idosos estavam parados, podiam até estar a ver televisão ou a ouvir música, no entanto não havia mais nenhum estímulo. Nas sessões deste projeto isso não acontecia, apesar da duração das sessões ser limitada, o ponto fulcral foi sempre manter os idosos o mais ativos possível, direccionando as atividades, sempre que possível, para os gostos e

interesses dos idosos. Para além disso, havia sempre disponível vários recursos para os idosos escolherem e experimentarem, como foi o caso da consola wii e da rede de volley montada no exterior do lar (jardim), estes dois recursos permitiram-nos a realização de vários campeonatos de wii e de volley, nas sessões de exercício físico, e muitos outros materiais e jogos construídos pelos idosos nas atividades de estimulação cognitiva.

## 2.INDICADORES DE IMPACTO

O segundo ponto desta avaliação, consistiu em compreender qual foi o impacto das actividades realizadas com este grupo de idosos durante os 7 meses, para o efeito, os idosos responderam ao Mini Mental Test e à Escala de Depressão Geriátrica antes e depois do projecto. Outra questão importante foi perceber qual foi o impacto das intervenções no bem-estar e na qualidade de vida do doente e da família. Pensamos que aqui não podem existir respostas gerais e cada caso terá a sua resposta porque a resposta depende da interacção de muitas variáveis, relacionadas não só com o doente e com a doença, mas com factores envolvendo a interacção da família e factores socioculturais. No entanto, através das reuniões mensais de acompanhamento aos familiares foi possível uma avaliação mais precisa, dado que são os familiares que acompanham o doente de forma continuada no seu funcionamento quotidiano, pelo que o depoimento e registo dos comportamentos observados na vida real, são uma medida mais directa do funcionamento do doente.

### 2.1 NO UTENTE

A avaliação foi utilizando dois instrumentos:- o **Mini Mental Test (MMSE)** e a **Escala de Depressão Geriátrica (GDS)**.

O Mini Mental Test (MMSE) é composto por diversas questões agrupadas em sete categorias, cada uma com a finalidade de avaliar funções cognitivas específicas e com as seguintes pontuações:

Orientação para tempo – 5 pontos;

Orientação para local – 5 pontos;

Registro de três palavras – 3 pontos;

Atenção e cálculo – 5 pontos;

Lembrança das três palavras – 3 pontos;

Linguagem – 8 pontos e Capacidade construtiva visual – 1 ponto.

O resultado deste exame pode variar de zero até um total máximo de 30 pontos. Por ser simples, pode ser administrado em 5-10 minutos (Almeida, 2006).

Relativamente à Escala de Depressão Geriátrica (GDS), as manifestações depressivas são muito frequentes nos idosos, expressando-se, na maioria das vezes, através de Auto verbalizações negativas relativamente a si mesmos, aos outros, ao mundo e à velhice. Neste contexto, revelam uma perceção diminuída das suas capacidades, uma baixa auto-estima e adotam uma participação social reduzida. Em muitas situações, a depressão encontra-se associada à demência, o que dificulta o diagnóstico de ambas. Por isso, numa fase precoce, é importante a utilização de um instrumento de medida que nos possa ajudar na tomada de decisão sobre o diagnóstico de depressão. A escala de depressão Geriátrica (GDS), é uma escala que nos permite identificar os sintomas de depressão em idosos (Yesavage e col, 1983). A GDS diferencia idosos deprimidos de idosos não deprimidos. É constituído por 30 perguntas em que se solicita ao idoso informação sobre o seu estado nas últimas semanas. Trata-se de uma escala que também pode ser auto-aplicada. Tem como vantagem a fácil utilização, requerendo apenas entre 5 a 10 minutos. Não deve ser utilizada em doentes com demência moderada ou grave, devido à incapacidade dos doentes responderem adequadamente. Os 12 idosos participantes neste projeto tinham em comum o mesmo diagnóstico, doença de Alzheimer no estágio inicial. Passados os 10 meses do projeto em que foram submetidos a várias sessões terapêuticas e a outro tipo de atividades, complementadas com a medicação, apresentaram algumas melhoras significativas. De facto, os resultados dos testes e das escalas aplicados aos doentes não mostraram resultados estatisticamente relevantes, mas indicaram uma tendência de melhoria dos aspetos cognitivos e funcionais, bem como redução dos sintomas psiquiátricos avaliados.

## **Resultados**

### **1)Mini Mental Test**

Observou-se que 5 dos idosos participantes pontuaram mais no último teste, relativamente ao interior realizado, tendo dois registado uma melhoria de 2 pontos. Os restantes 7 idosos mantiveram a pontuação inicial.

Utentes	1º Mini Mental Test	2º Mini Mental Test	Evolução	
	Pontuação 0-30	Pontuação 0-30	Valor	%
Utente A	12	13	1,00	8,33%
Utente B	15	15	0,00	0,00%
Utente C	14	14	0,00	0,00%
Utente D	11	13	2,00	18,18%
Utente E	14	15	1,00	7,14%
Utente F	15	15	0,00	0,00%
Utente G	12	12	0,00	0,00%
Utente H	10	12	2,00	20,00%
Utente I	12	12	0,00	0,00%
Utente J	13	14	1,00	7,69%
Utente L	14	14	0,00	0,00%
Utente M	14	14	0,00	0,00%
<b>Média</b>	<b>13</b>	<b>13,58</b>	<b>0,58</b>	<b>5,11%</b>

### 1) Escala de Depressão Geriátrica

Os resultados foram mais positivos, isto menor pontuação, em comparação à primeira vez que a escala foi preenchida. Observou-se que os idosos respondiam agora mais positivamente às perguntas, demonstrando menos pessimismo em relação à sua vida e mais interesse em realizar novas atividades. De realçar que 5 idosos tiveram um diminuição do score entre 4 e 5 pontos, o que percentualmente é uma redução significativa.

Utentes	1º Escala	2ª Escala	Evolução	
	(Pontuação)	(Pontuação)	valor	%
Utente A	12	9	-3,00	-25,00%
Utente B	10	8	-2,00	-20,00%
Utente C	10	8	-2,00	-20,00%
Utente D	14	9	-5,00	-35,71%
Utente E	9	7	-2,00	-22,22%
Utente F	13	9	-4,00	-30,77%
Utente G	7	9	2,00	28,57%
Utente H	9	8	-1,00	-11,11%
Utente I	13	9	-4,00	-30,77%
Utente J	13	8	-5,00	-38,46%
Utente L	8	7	-1,00	-12,50%
Utente M	12	8	-4,00	-33,33%
<b>média</b>	<b>10,83</b>	<b>8,25</b>	<b>- 2,58</b>	<b>- 0,21</b>

## 2.2 NA FAMÍLIA E OUTROS

Também, o feedback da família foi importante para nós, pois não só os idosos apresentavam resultados mais positivos, mas também os familiares se sentiam mais calmos e felizes, compreendendo melhor esta doença e os comportamentos dos seus familiares. Os familiares referiram que agora conseguiam lidar melhor com os idosos em casa, com uma diminuição do *stress* que sentiam.

*"Agora entendo porque a minha mãe ficava tão agitada à noite..." (Familiar da idosa D)*

*"Sinto-me melhor, mais confiante..." (Familiar do idoso M)*

*"Agora entendo melhor a doença do meu pai..." (Familiar do idoso I).*

*"Agora sei que o meu pai não quer fugir de mim, apenas quer ir trabalhar para cuidar de mim..."  
(Familiar do Idoso A)*

Para além disso, a família referiu também sentir melhoras significativas dos idosos em casa, nomeadamente, ao nível da realização de atividades de vida diária, a alimentação, a higiene e até, o facto de os idosos se mostrarem mais calmos e cognitivamente mais despertos.

*"A minha mãe está nova!" (Familiar da idosa H)*

*"A minha mãe ajuda-me em pequenas tarefas em casa como apanhar a roupa do estendal e dobrá-la! Estou muito feliz..." (Familiar da idosa J)*

*"Já consigo levar a minha mãe à casa de banho com mais facilidade..." (Familiar da idosa G)*

*"Se eu lhe der um pente, ela já se penteia de manhã..." (Familiar da idosa C)*

Apesar de no final deste projeto, os 12 idosos manterem o mesmo diagnóstico inicial, doença de Alzheimer, a evidência foi no sentido de que esta abordagem de reabilitação cognitiva para idosos com Alzheimer, suas famílias e cuidadores foi importante. Através dos resultados obtidos neste projeto, foi compreendido como a terapia da memória pode ser eficaz e reduzir a velocidade de declínio na demência, oferecendo benefícios aos doentes e às suas famílias.

*"O meu pai chegou a casa e sabia que hoje era quarta-feira, dia de feira em Fafe! Sinto-me feliz!"*

*(Familiar do idoso B)*

*"A minha mãe ajudou-me a fazer as compras do mês..." (Familiar da idosa L)*

*"Já não tenho medo do que nos espera..." (Familiar da idosa F)*

Também a opinião do psiquiatra foi relevante neste trabalho. Através do lar, estes utentes são periodicamente avaliados pelo psiquiatra sendo que eu fui sempre a acompanhante. Estas consultas foram muito importantes, pois pude constatar que em a avaliação médica confirmou existirem melhoras significativas em alguns idosos, e noutros em outros, apesar de não existirem melhorias evidentes, também não se verificaram perdas cognitivas o que revelou uma estabilização na doença.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Organização Mundial de Saúde prevê um crescimento muito elevado de idosos, até 2050, nomeadamente na faixa etária de 80 ou mais anos. (Sousa, Liliana; Galante, Helena e Figueiredo, Daniela, 2003)

Desta forma, esta faixa etária ganha uma dimensão importante na nossa sociedade assim como as patologias associadas à velhice, apesar de não serem exclusivas da mesma.

Segundo um estudo divulgado pela Associação Alzheimer Portugal (2017), a demência afeta 44 milhões de pessoas em todo o mundo, sendo que o número de pessoas que sofrem de demência subiu 22% nestes últimos três anos, e estima-se que poderá triplicar até 2010, atingindo os 135 milhões de pessoas. Assim, torna-se necessário melhorar a qualidade de vida dos idosos em geral, bem como dos doentes com demência e das suas famílias, através do desenvolvimento de programas de intervenção específicos para idosos com demência. Apesar das grandes dificuldades sentidas nesta área da reabilitação/estimulação cognitiva em pessoas com a doença de Alzheimer, nomeadamente a ausência de estudos com rigor metodológico, existem algumas evidências que mostram que um processo de reabilitação para pessoas com Alzheimer, suas famílias e cuidadores são importantes. Segundo Gatz (1998), a terapia destinada a doentes com Alzheimer é eficaz na redução da velocidade do declínio da demência, assim como promove a qualidade de vida destes doentes. Outro autor, Loewenstein (2004), refere que um programa de reabilitação cognitiva pode resultar numa melhoria persistente no que diz respeito a tarefas cognitivas e funcionais específicas em doentes com Alzheimer. Este autor considera que pessoas com a doença de Alzheimer podem aprender novos conhecimentos e manter esses conhecimentos, tanto a nível cognitivo como funcional. Desta forma, é importante referir que projetos de reabilitação de pessoas com a doença de Alzheimer como o apresentado neste trabalho marcam a diferença na vida destas pessoas. De facto, os resultados obtidos neste estudo sugerem que um programa com atividades de treino cognitivo, terapia por reminiscência, terapia de orientação para a realidade, terapia através da música, exercício físico e outras atividades terapêuticas que potenciem o bem estar emocional e o relaxamento podem auxiliar na estabilização ou resultar até mesmo em uma leve melhora dos défices cognitivos e funcionais, que são caracteristicamente progressivos no curso desta doença.



Os resultados também sugerem que a intervenção e aconselhamento junto da família dos idosos com a doença de Alzheimer podem reduzir o nível de sintomas psiquiátricos existentes entre os familiares, proporcionando uma melhor qualidade de vida aos familiares e aos utentes, através da melhoria do bem-estar de todos. O benchmarking realizado na fase inicial do projeto foi muito importante, uma vez, que permitiu obter conhecimentos sobre as práticas utilizadas em Portugal no trabalho com doentes de Alzheimer, assim como permitiu numa fase posterior avaliar os ganhos do projeto para com estes utentes, através da comparação deste projeto com os outros existentes. Assim, foi possível perceber que apesar dos outros projetos existentes disporem de mais recursos, humanos e físicos, não ofereciam uma variedade tão grande de atividades aos utentes, como este projeto. Para além, da variedade de atividades, também o facto de existirem atividades muito específicas e pensadas para cada utente com demência, algo mais fácil de ser executado pelo grupo ser mais reduzido neste projeto, 12 utentes em questão, enquanto que nos outros projetos visitados eram o dobro ou mais. Outro fator diferenciador neste projeto, foi a conjugação de atividades, não somente de estimulação/reabilitação de idosos com demência, mas também proporcionar aos mesmos atividades de lazer, saúde e bem-estar, como foi o caso de programas variados de exercício físico, spa e passeios ao exterior. A maior parte dos projetos visitados, realizavam exercícios físicos de forma esporádica, e relativamente a outras atividades de lazer como passeios ao exterior eram muito raras. Como foi referido ao longo do projeto, todas as atividades foram importantes para os resultados obtidos, mesmo as atividades de lazer e bem-estar foram importantes, no que diz respeito à redução dos níveis de ansiedade e depressão, demonstrados por exemplo, na escala geriátrica e através dos testemunhos dos cuidadores/familiares. Relativamente aos utentes, foi importante perceber que através das diversas técnicas de estimulação cognitiva utilizadas que contaram com diversos recursos, como o recurso a consolas, *tablets*, instrumentos musicais, etc...beneficiaram este grupo de idosos com Alzheimer. Para avaliar o impacto desta proposta de reabilitação, foi usado o Mini Mental Test e a Escala de Depressão Geriátrica. Os 12 idosos participantes neste projeto tinha o mesmo diagnóstico, doença de Alzheimer no estágio inicial e, passados 10 meses de sessões terapêuticas, apresentaram melhorias significativas, e até importantes para os seus cuidadores/familiares. De facto, os resultados dos testes e das escalas aplicadas aos doentes não demonstraram resultados estatisticamente relevantes, mas indicaram uma

tendência de melhoria dos aspetos cognitivos e funcionais, bem como redução dos sintomas psiquiátricos avaliados.

O Mini Mental test demonstrou que 5 dos idosos participantes pontuaram mais no último teste realizado, relativamente ao inicial, enquanto os restantes 7 mantiveram a pontuação.

Por sua vez, as Escalas de Depressão Geriátrica revelaram todas, resultados mais satisfatórios em comparação à primeira vez que as escalas foram preenchidas. Observou-se nas respostas dos idosos menos pessimismo e, mais entusiasmo relativamente à vida, assim como mais interesse em realizar novas atividades.

O feedback da família e do psiquiatra foi outro aspeto relevante para este projeto, uma vez que ambos foram muito positivos. A família revelou sentir-se menos cansada e mais motivada em manter os seus familiares em casa e estimulados, uma vez que agora sentiam que conseguiam lidar mais facilmente com a doença de Alzheimer.

A opinião do psiquiatra que avalia periodicamente os utentes do lar de Arões foi igualmente revelante, uma vez que foi também constatado através das consultas melhorias significativas de alguns utentes participantes neste projeto.

Assim, face aos resultados obtidos foi possível com o apoio da direção técnica do lar de Arões que este projeto tenha continuidade, com o objetivo de alargar a mais utentes e potenciar a sua reabilitação assim como uma melhor qualidade de vida. Conclui-se que para existir uma melhoria do projeto seria necessário modificar alguns aspetos, nomeadamente, ao nível dos espaços, tempo e recursos humanos. Relativamente aos espaços, o projeto ficou muito limitado, uma vez que apenas duas salas eram específicas para o trabalho com este grupo de idosos. Todos os outros espaços utilizados, nomeadamente, o corredor, o exterior do lar, a cantina e as casas de banho eram partilhados com os restantes idosos do Lar. Era necessário a existência de pelo menos mais uma sala, uma sala de ginástica, uma vez que muitas sessões de ginástica foram realizadas no corredor e no exterior, mesmo quando fazia um pouco de frio.

Relativamente ao tempo e, apesar de tudo o que está publicado, várias questões permanecem por responder, tal como o tempo de duração das melhorias após a paragem das sessões terapêuticas. Esta é uma pergunta de difícil resposta em qualquer área da reabilitação, mas torna-se particularmente difícil quando estamos perante situações

progressivas, em que para além de uma doença caracterizada por declínio cognitivo, cada doente tem uma velocidade diferente de declínio.

Assim, torna-se pertinente referir que um processo de reabilitação de doentes com Alzheimer devia ser diário e sem um término definido. Por fim, existe a questão dos recursos humanos, sendo que o ideal para o doente seria a possibilidade de ter apoio multidisciplinar, pois, em muitos casos, os doentes com demência necessitam da intervenção de técnicos de diferentes áreas. Uma equipa constituída por uma assistente social, um enfermeiro e um psicólogo, por exemplo, seria uma mais-valia para um projeto deste género.

## BIBLIOGRAFIA

Almeida e Pinto, J F.; Madureira Pinto J. 1980 A investigação nas ciências sociais Lisboa. Presença (2ª edição).

Azevedo, C. A. M., & Azevedo , A. C. (2008). Metodologia Científica: contributos práticos para a elaboração de trabalhos académicos (9ª ed.) Lisboa: Universidade Católica Editora.

Alzheimer Europe (2014). Disponível em: [www.alzheimer-europe.org/Publications/Alzheimer-Europe-Reports](http://www.alzheimer-europe.org/Publications/Alzheimer-Europe-Reports).

Alexandre C. C. & Alexandre M. (2016). *A Doença de Alzheimer e Outras Demências em Portugal*. Lisboa: Lidel.

Butler RN, Lewis ML. (1977) Aging and Mental Health: Positive Psychosocial Approaches. CV

Burton M. Reality orientation for the elderly: a critique. J. Adv. Nurs. 1982; 7(5): 427-33.

Baines S, Saxby P, Ehler K. (1987) *Reality Orientation and Reminiscence Therapy: A Controlled Cross-over Study of Elderly Confused People*. Brit. Jour. Psych, 151, pp. 222-31.

Baddeley A, Wilson BA. When implicit learning fails: amnesia and the problem of error elimination. Neuropsychologia 1994; 32: 53-58.

Bogdan, R., Biklen, S., (1994). Investigação Qualitativa em Educação – uma introdução à teoria e aos métodos. Porto: Porto Editora.

Baltes, P. e Smith, J. (1999). “Multilevel and systemic analyses of old age: Theoretical and empirical evidence for a fourth age”. In: V. Bengtson e K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of theories of aging*. New York: Springer publishing Company.

Baptista, A. E Sousa (2003). Correlação entre suporte familiar, saúde mental e crenças irracionais em idosos. *Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 9(2), pp. 155-164.

Beck C, Heacock P, Mercer S, et al. The impact of cognitive skills remediation training on persons with Alzheimer’s disease or mixed dementia. J. Geriatr. Psychiatry 1988; 21: 73-88.

Bourgeois MS. Enhancing conversation skills in patients with Alzheimer’s disease using a prosthetic memory aid. J. Appl Behav. Analysis 1990; 23: 29-42.

Breuil, V. e col. (1994). “*Cognitive stimulation of patients with dementia: preliminar results*”. International Journal Geriatric of Psychiatry, 9, pp. 211-217.

- Birren, J. (1995). "New models of aging: comment on need and creative efforts". *Canadian Journal on Aging*, 14 (1), pp. 1-3.
- Bengton, V., Rice, C. e Johnson, L. (1999). "Are theories of aging important? Models and explanation in gerontology and the turn of the century". In: V. Bengtson e K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of Theories of Aging*. New York: Springer.
- Bento A, Carreira M, Heitor MJ. Censo Psiquiátrico 2001 – DG Saúde. Síntese dos Resultados Preliminares.
- Bottino CMC, Carvalho IAM, Alvarez AMMA, et al. Cognitive Rehabilitation in Alzheimer's disease patients: multidisciplinary team report. *Arq. Neuropsiquiatr.* 2002; 60 (1): 70-79.
- BOCCATO, V. R. C. Metodologia da pesquisa bibliográfica na área odontológica e o artigo científico como forma de comunicação. *Rev. Odontol. Univ. Cidade São Paulo*, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 265-274, 2006.
- BELL, Judith. (2008). *Como realizar um projecto de investigação*, Lisboa, Gradiva.
- Bengtson e K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of theories of aging*. New York: Springer Publishing Company.
- Butters MA, Soely E, Becker JT (1997). "Memory rehabilitation" In: Nussbaun PD (ed.) pp. 515-527. New York Plenum Press.
- Cummings JL, Benson DF. (1992). *Dementia : A clinical approach* . 2<sup>nd</sup> ed. Boston, Mass: Butterworth Helnemann;
- Cummings JL, Mega M, Gray K, et al.(1994). The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*; 44: 2308-14.
- Camp, Cameron. The Montessori method (2017). Disponível em: [www.apa.org/action/careers/health/cameron-camp.aspx](http://www.apa.org/action/careers/health/cameron-camp.aspx).
- Cameron ID, Kurrle SE. (2002). "1 – Rehabilitation and older people" In: *Rehabilitation Medicine*. Series Editors: Peter B Disler, Ian D Cameron. *MJA*, 177 (7): 387 -391.
- CASTILHO, Rogéria Cristina. *Exercícios fisioterápicos: prevenção e reabilitação*. Disponível em: <http://psiquiatriageral.com.br/fisioterapia/exercicios.htm>. Acesso em: 18 OUT. 2005.
- Corcoran M, Gitlin LN. (2005). *Occupational Therapy and Dementia Care: the Home Environmental Skillbuilding Program*. 1 st ed. American Occupational Therapy Association.
- Coutinho, C. (2011). *Metodologia de investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra: Almedina

Caldas, A. e Mendonça A. (2016). *A doença de Alzheimer e outras Demências em Portugal*. Lisboa: Lidel.

Diener E, Emmons R, Larsen R J, Griffin S. The Satisfaction With Life Scale. J. Personality Assessment 1985; 49: 71-75.

E C. Berg (Eds.), Intellectual development . New York: Cambridge University Press.

Eurostat. Disponível em: [ec.europa.eu/Eurostat](http://ec.europa.eu/Eurostat).

Folsom JC. Reality Orientation for the mental patient. 122 annual meeting for the American Psychiatric Association. Atlantic City. New Jersey.1966.

Feil NW. Group therapy in a home for the aged. The Gerontologist 1967; 7 (3): 192-195.

Feil N. The validation breakthrough: simple techniques for communicating with people with “ Alzheimer’s type dementia”. Baltimore, Health Promotion Press. 1993.

Fortuna, Sonia Maria C. Branco. *Doença de Alzheimer, qualidade de vida e terapia expressivas*.2ª.Campinas:Alínea, 2005.112 p.

Fuentes P, Slachevsky A.(2005). Enfermedad de Alzheimer: *Actualización en terapia farmacológica*. Ver Med Chile, pp 224-226.

Gerber GJ, Prince PN, Snider HG, et al. (1991). Group activity and cognitive improvement among patients with Alzheimer’s disease. Hosp. Community Psychiatry. 42 (8), pp. 843-845.

Goldwasser AN, Auerbach SM, Harkins SW. Cognitive, affective and behavioural effects of Reminiscence Group Therapy on Demented elderly. Int. J. Aging and Human Development 1987; 25(3): 209-22.

Gatz M, Fiske A, Fox L, et al. (1998). *Empirically validated psychological treatment for older adults*. J. Mental Health and Aging; 4: pp. 9-45.

Gautier S. Clinical diagnosis and management of Alzheimer’s disease. 2 ed. Martin Dunitz, London, 1999.

Golomb, J. et al. Clinician’s manual on mild cognitive impairment. Science Press, London 2001.

Gregory D. Music listening for maintaining attention of older adults with cognitive impairments. J. Music Ther. 2002; 39 (4): 244-64.

GEECD – Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demencia. Escalas e testes na Demencia. Colaboração UCB Pharma. 2003.

Garrett, C. (2005). “Impacto sócio-económico da doença de Alzheimer”. In: A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.

Guerreiro, M. (2005). Terapia não Farmacológica da Demência. In A. Castro-Caldas & A. Mendonça

Gorini, M. I. et al. (2006). Características de idoso com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. Vol. 15, nº4. ISSN 0104-0707. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S010407072006000400006>.

Gil, A. C. (2008). Métodos e técnicas de pesquisa social (6ª ed.) São Paulo: Editora Atlas S.A

Gitlin L, Hodgson N, Choi S.(2015). Home-based interventions targeting persons with dementia: What is the evidence and where do we go from here? Springer International Publishing, pp. 88-167.

Katzman R. (1993). Education and the prevalence of dementia and Alzheimer's disease. *Neurology*; 43, pp. 13-20.

Langness L. (1965). "*Culture and Retardation*". D. Reidel Publishing Company.

Kiernat JM. The use of Life Review Activity with Confused Nursing home resident. *Am. J. of Occupation Therapy* 1979; 33: 306-310.

Labouvie-Vief, G. (1992). "A neo-piagetian perspective on adult cognitive development". In: R. Sternberg

Jorm AF. Disability in dementia: assessment, prevention, and rehabilitation. *Disabil. Rehabil.* 1994; 16: 98-109.

Kitwood T. Dementia reconsidered: the person comes first. Open University Press. Buckingham UK. 1997.

Loewenstein DA, Acevedo A, Czaja SJ, Duara R. Cognitive Rehabilitation of Mildly Impaired Alzheimer Disease Patients on Cholinesterase Inhibitors. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 2004; 12 (4): 395 – 402.

Miesen BLM. (1995). Awareness in dementia patients and family grieving: a practical perspective. In Miesen BML, Jones GMM. *Care giving in dementia – vol 2*. London: Routledge, pp. 67 – 79.

Montgomery RJV. Et al. (1996). Advancing caregiver research: Weighing efficacy and feasibility of interventions. *J. Geront.* 51B; S109-S110.

Manidi, Marie-José; Renée, Eve Levie.(2000). *Atividade física para adultos com mais de cinquenta anos: quadros clínicos e programas de exercício*. São Paulo:Manole. 235p.

Morris JC. Et al. Mild cognitive impairment represents early – stage Alzheimer's disease. *Arch. Neurology*, 2001; 58: 397-405.

Miotto EC. Cognitive rehabilitation of naming deficits following viral meningo-encephalitis. *Arq. Neuropsiquiatr.* 2002; 60(1): 21-27.

Miranda-Castilho C, Woods B, Orrel M. (2013). *The needs of people with dementia living at home from user, caregiver and professional perspectives: a cross sectional survey.* BMC Health Serv Res (Internet), 13 (1): 43. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3568411&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.

Orten JD, Allen M, Cook J. Reminiscence groups with confused nursing centre residents: An experimental study. *Social Work in Health Care* 1989; 14 (1): 73-86.

Organização Mundial de Saúde. (2001). Disponível em: [www3.who.int/icf](http://www3.who.int/icf).

Oliveira, L. A. (2013). *Ética em Investigação Científica*. Lisboa: Lidel.

Pearlin, L. I., Liebermann, M. A., Managhan, E. G. e Mullan. J. T. (1981). “The stress process”. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, pp. 337 – 356.

Prigatano GP, Fordyce DJ, Zeiner HK, et al. (1986). *Neuropsychological Rehabilitation after brain injury*. The Johns Hopkins University Press, Baltimore.

Phillips LR, Morrinson E, Steffl B, et al.(1995). Effects of the situational context and interactional process on quality of family caregiving. *J. Res. Nurs. Health*.18, pp. 205-216.

Poe MK, Seifert LS. (1997). Implicit and explicit tests: evidence for dissociable motor skills in probable Alzheimer’s dementia. *Percept Mot Skills*; 85 (2), pp. 4-631.

Petersen RC, Smith GE, Waring SC, et al. (1999). Mild cognitive impairment. *Arch. Neurol.* 56, pp. 303-308.

Petersen, R. (2003). *Mild cognitive impairment, aging to Alzheimer’s disease*. Oxford University Press.

Paúl, M. C. (2005). “A construção de um modelo de envelhecimento humano”. In: C.

Pocinho, M. (2012). *Metodologia de Investigação e Comunicação do Conhecimento Científico*. Lisboa: Lidel.

Paúl, e A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.

Quizilbasch N, Schneider LS, Chui H. (2002). Evidence- based dementia practice. *Blackwell Publishing*, Oxford. Disponível em: <http://www.ebdementia.info>.

Quivy, R. e Campenhoudt, L. (2005), *Manual de Investigação em Ciências*

*Sociais*, Lisboa: Gradiva.

Reisberg B, et al. (1992). The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *A m. J. Psychiatry*,139. Pp. 39-1136.



Richter K, et al. Classification criteria for mild cognitive dementia. *Neurology*, 2001; 56; pp.37-42.

Richter R, Richter B. (2002) Alzheimer's disease. Mosby, London.

*Rev. chil. neuro-psiquiatr.*[online]. 2016, vol.54, n.3, pp.239-249. ISSN 0717-9227. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272016000300008>.

Sohlberg MM, Matter CA.(1989). Training use of compensatory memory books: a three stage behavioral approach. *J. Clin. Exp. Neuropsychol.*11 (6): 871-91.

Schrrots, J. (1995). "Psychological models aging". *Canadian Journal on Aging*, 14 (1), pp. 44-46.

Salthouse, T. (1999). "*Theories of cognition*". In: V.

Schaie, K. e Willis, S. (1999). "*Theories of everyday competence and aging*". In: V.

Sousa, Liliana; Galante, Helena and Figueiredo, Daniela. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Ver. Saúde pública (online)*. Vol.37, n.3, pp. 364-371. ISSN 1518-8787. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910200300030016>.

Spector A, Orrell M, Davies S, Woods RT. (2004). Cochrane Dementia and Cognitive Improvement Group. Reminiscence Therapy for dementia. Cochrane Database of Systematic Reviews. 3.

Spar J, La Rue A. Concise guide to Geriatric Psychiatry, 2 ed., APP Press, Washington, 2005

Sequeira, C. (2006). Cuidar de idosos com dependência física e mental. Lisboa: Lidel.

Slachevsky A, Budinish M, Miranda-Castilho C, Núñez-Huasaf J, Silva JR, et al. The Cuideme study: Determinants of Burden in Chilean Primary Caregivers of Patients with Alzheimer. *Alzheimer's Dis*, 35, pp. 297 306.

Tonkin (1980). *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 86:205.

Tàrraga L. (1994). "*Estrategia no farmacológica del deterioro cerebral senile y demencia*". *Medicine*, 6, pp. 44-53.

Touchon, J. e Portet, F. (2002). *Guia prático da doença de Alzheimer*. Lisboa: Climepsi Editores.

Wood, R LI (1992) The Rehabilitation team: In Greenwood, R J. Barnes, M P.

McMillan, T M & Ward, C D (Eds) Handbook of Neurological Rehabilitation. London: Churchill Livingstone, 41-50.

Woods RT, Portnoy S, Head D, Jones GMM.(1992). “Care Giving in Dementia: Research and Applications” *In: Routledge, Reminiscence and life review with persons with dementia: which way forward?*. Jones & Meisen.

World Health Organization. (1992). Disponível em: [www.who.int/classifications/icd/en/GRNBOOK.pdf](http://www.who.int/classifications/icd/en/GRNBOOK.pdf).

Weingartner H, Eckardt M, Grafman J. (1993). The effects of repetition on memory performance in cognitively impaired patients. *Neuropsychology*. 7, pp. 385-395.

Zanetti O, Frisoni GB, De Leo D, et al. (1995). Reality orientation therapy in Alzheimer’s disease: useful or not? A controlled study. *Alzheimer Dis. Assoc. Disord.* 9, 132-138.

World Health Organization. (2002). Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Disponível em: [www.who.int/whr/2002/en/](http://www.who.int/whr/2002/en/).

Ward CD, McIntosh S. (2003). “The rehabilitation process: a neurological perspective” *In: Handbook of Neurological Rehabilitation* (Greenwood RJ, et al. ed.) – 2ª edição. Psychology Press. 2003.

World Health Statistics (2015). World Health Organization.

Yesavage, e col. (1983). “Development and validation of a geriatric depression screening scale”. *Journal Psychiatric Res.* 17, pp. 37-49.

Yates, F. (1993). “Biological perspectives on growing old”. In: J. Schroots (Ed.), *Aging, Health and Competence*. Amsterdam: Elsevier.

Zanetti O, Zaniere G, Di Giovanni G, et al. (1995). *Effectiveness of procedural memory stimulation in mild Alzheimer’s disease patients: A controlled study*. *Neuropsychological Rehabilitation*; 11 (3/4), pp. 263-272.

Zanetti, O. E col. (2011). “Effectiveness of procedural memory stimulation in mild Alzheimer’s disease patients: A controlled study”. *Neuropsychological Rehabilitation*, 11 (3/4), pp. 263-272.